DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

Programme d'Évaluation du Besoin d'Hébergement (P.E.B.H.)

dans le cadre du projet pilote
Frais de séjour en vue d'une cure de désintoxication
du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale

RAPPORT D'ÉVALUATION

Jean-Marc Ménard
Nadia L'Espérance

Coordination des services professionnels
Centre de réadaptation en dépendance
DOMRÉMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC

31 Juillet 2009

440, Rue des Forges
Trois-Rivières, Québec, G9A 2H5

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES III

INTRODUCTION 1

DESCRIPTION DU P.E.B.H. 1
Les objectifs du P.E.B.H. 2
Les critères de l'A.S.A.M. et leur évaluation 2
L'accès au P.E.B.H. 4
Le processus d'évaluation au sein du P.E.B.H. 4
L'accréditation des évaluateurs et leur supervision 5
La coordination du programme 6

L'ÉVALUATION DU P.E.B.H. 7
Les objectifs d'évaluation 7
Les questions d'évaluation 7
L'approche méthodologique retenue 8
Présentation et analyse des résultats 9
Dimension 1 : Description des évaluations réalisées et du profil des prestataires évalués 9
Dimension 2 : Évaluation de la satisfaction des prestataires 16
Dimension 3 : Évaluation de suivi auprès des prestataires 18
Dimension 4 : Évaluation du P.E.B.H. par les évaluateurs et la coordonnatrice 21
Dimension 5 : Niveau de conformité des évaluations aux critères de l'A.S.A.M 24

CONCLUSION 25

ANNEXES 27

Annexe 1 - Nid-EM et Nid-EP 27
Annexe 2 - Mise à jour de l'évaluation 51
Annexe 3 - Formulaire de demande d'évaluation 53
Annexe 4 - Présentation du processus d'évaluation 55
Annexe 5 - Questionnaire de satisfaction à l'égard de l'entrevue 56
Annexe 6 - Formulaires de consentement 57
Annexe 7 - Rapport d'évaluation 58
Annexe 8 - Questionnaire de satisfaction suite à la présentation des résultats 59
Annexe 9 - Protocole de formation des évaluateurs: Programme d'évaluation du besoin d'hébergement (PEBH) en regard d'une problématique de consommation - Projet MESS 60
Annexe 10 - Compilation 91
Annexe 11 - Grille d'entrevue de groupe 92
Annexe 12 - Formulaire d'évaluation de la formation 93
Annexe 13 - Références 94

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Répartition des 291 évaluations selon les lieux de réception des demandes et de réalisation des évaluations pour chacun des organismes évaluateurs 10

Tableau 2 : Répartition des évaluations selon le lieu de résidence des prestataires au sein des réseaux locaux de services de la région Mauricie/Centre-du-Québec 11

Tableau 3 : Répartition des évaluations selon les facteurs de priorisation des demandes..... 11

Tableau 4 : Délais d'accès moyen en jour entre la demande d'évaluation et la date d'évaluation offerte, par territoire de réseau locaux de services et organismes évaluateurs 12

Tableau 5 : Prévalence de la consommation des différents psychotropes pour l'ensemble des évaluations réalisées..... 13

Figure 1 : Prévalence de la polytoxicomanie dans l'ensemble des évaluations 14

Tableau 6 : Distribution des évaluations selon le niveau de soins requis et l'intention des prestataires de suivre la recommandation d'orientation vers ce niveau de soins..... 14

Tableau 7 : Distribution des évaluations pour lesquelles les prestataires présentent une intention claire quant au lieu où ils souhaitent entreprendre leur démarche de traitement 16

Tableau 8 : Niveau d'accord exprimé à l'égard des énoncés exprimant de la satisfaction face à l'entrevue d'évaluation..... 17

Tableau 9 : Niveau de satisfaction exprimé par les prestataires face à la recommandation d'orientation qui leur a été présentée 18

Tableau 10 : Distribution des suites données par les prestataires aux recommandations d'orientation formulées lors de l'évaluation en fonction du niveau de soins requis. 19

Tableau 11 : Distribution des organismes utilisés par niveau de soins, tel que rapporté par les prestataires au moment du suivi post-évaluation 20

Tableau 12 : Évaluation de la formation du 11 et 12 septembre 2007 par les participants..... 24

INTRODUCTION

Le programme d'évaluation du besoin d'hébergement (P.E.B.H.) pour la clientèle prestataire d'aide financière de dernier recours qui présente une problématique en alcoolisme et toxicomanie a été instauré par le centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec en novembre 2007. Ce programme a été déployé dans le cadre d'un projet pilote mis sur pied dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec par le Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale (MESS). Ce projet vise à revoir les normes et pratiques associées à la prestation spéciale *Transport et frais de séjour* pouvant être versée à des prestataires de l'aide financière de dernier recours nécessitant de l'hébergement auprès d'organismes oeuvrant en toxicomanie.

Le projet pilote du MESS vise à revoir les mécanismes d'accès à cette prestation spéciale en exigeant aux prestataires domiciliés sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, une évaluation spécialisée des besoins d'hébergement en lien avec leur problématique de toxicomanie. Il vise aussi à améliorer la référence des prestataires aux prises avec des problèmes de toxicomanie vers des services appropriés et la probité de l'utilisation de la prestation spéciale *Transport et frais de séjour*. Finalement, il cherche à faciliter la gestion administrative de cette prestation, par une prise de décision motivée par une recommandation fondée sur des compétences et outils reconnus dans le domaine des toxicomanies.

Dans le cadre de ce projet pilote, un comité stratégique a été formé pour assurer le suivi de l'ensemble du projet ainsi qu'un comité opérationnel qui avait pour mandat de proposer un programme d'évaluation pouvant répondre aux objectifs du projet et aux attentes du comité stratégique, tout en procédant à son implantation sur une base expérimentale. La Direction de l'évaluation du MESS et Domrémy MCQ ont été mandatés pour procéder à l'évaluation de la première année d'existence de ce projet pilote. L'évaluation conduite par Domrémy MCQ porte plus spécifiquement sur le Programme d'Évaluation du Besoin d'Hébergement (P.E.B.H.) alors que celle menée par la direction de l'évaluation du MESS cible les étapes d'intervention préalables au P.E.B.H. ainsi qu'une analyse coûts-efficacité du projet.

Le présent rapport porte sur l'évaluation conduite par Domrémy MCQ. Il décrira dans un premier temps le programme, ses objectifs et son fonctionnement. Dans un deuxième temps, les objectifs de l'évaluation et sa méthodologie seront présentés. Finalement, les résultats de l'évaluation en regard du profil de la clientèle, de sa trajectoire d'utilisation de services et de sa satisfaction seront décrits, de même que le point de vue des évaluateurs et de la coordonnatrice sur le fonctionnement du programme, sur ses retombées et sur les pistes d'amélioration souhaitables.

DESCRIPTION DU P.E.B.H.

Le programme d'évaluation du besoin d'hébergement a été implanté en novembre 2007 par le centre de réadaptation Domrémy MCQ, en collaboration avec les organismes de la région socio-sanitaire Mauricie/Centre-du-Québec qui offrent du soutien et de

l'hébergement aux personnes présentant une problématique en dépendance et qui ont été certifiés par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

Les objectifs du P.E.B.H.
Ce programme vise à :

- ✓ fournir un accès géographique rapide aux demandes d'évaluation des prestataires d'aide financière de dernier recours domiciliés dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec;

- ✓ évaluer la problématique de consommation actuelle de ces prestataires ainsi que leurs besoins en terme de traitement;

- ✓ déterminer le niveau de soins requis en toxicomanie pour traiter de façon optimale la problématique de consommation de ces prestataires;

- ✓ orienter ces prestataires vers le niveau de soins requis par leur condition;

- ✓ assurer la conformité de l'orientation de ces prestataires aux critères de l'American Society of Addiction Medecine (A.S.A.M.) qui font l'objet d'un large consensus au sein des experts dans le domaine du traitement des toxicomanies.

Les critères de l'A.S.A.M. et leur évaluation.
Un comité d'experts formé par l'American Society of Addiction Medecine (A.S.A.M.) a établi (2001, 1998, 1991) une série de paramètres à partir desquels une évaluation peut déterminer le niveau de soins requis par la condition d'une personne présentant une problématique en toxicomanie. Ces paramètres reposent sur deux critères, soit (a) la présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à un psychotrope d'une part et (b) le profil de ces personnes en regard des six dimensions distinctes suivantes:

1. Les risques reliés à l'intoxication ou au sevrage
2. Les risques reliés à la condition médicale
3. Les risques reliés à la condition affective, cognitive et comportementale
4. Les risques reliés à la motivation au changement
5. Les risques reliés aux rechutes
6. Les risques reliés à l'environnement de vie

Différents outils permettent d'évaluer ces critères et dimensions. Les outils francophones *Niveau de désintoxication – Évaluation médicale* (NiD-EM) et *Niveau de désintoxication – Évaluation psychosociale* (NiD-EP) développés par Rouillard et ses collaborateurs en 1999 et utilisés depuis 2001 par Domrémy MCQ ont été adaptés pour couvrir l'ensemble des dimensions reliées aux critères de l'A.S.A.M.. À Domrémy, le NiD-EM est utilisé par le personnel infirmier alors que le NiD-EP est réservé aux intervenants psychosociaux pour être ensuite validé par le personnel infirmier (voir annexe 1 - NiD-EM et NiD-EP). Ces outils et critères permettent d'orienter les personnes évaluées vers l'un des six niveaux de soins suivants :

Le niveau 0.5 – L'intervention précoce
Le niveau 1 – Les services externes non intensifs
Le niveau 2 – Les services externes intensifs
Le niveau 3.1 à 3.5 – Les services avec hébergement
Le niveau 3.7 – Les services avec hébergement et suivi nursing 24/7
Le niveau 4 – Les services hospitaliers avec suivi médical 24/7

Globalement, les critères établis par l'A.S.A.M. permettent d'orienter les personnes vers le niveau de soin le moins intrusif et le plus sécuritaire possible, compte tenu des dangers réels au plan de la santé, associés à un traitement inapproprié d'une problématique en toxicomanie. Cette approche par niveau de soins fait l'objet d'un large consensus auprès des experts dans le domaine et certains travaux de recherche associent l'utilisation de ces paramètres à une meilleure rétention de la clientèle en traitement et à de meilleurs résultats en traitement (Gastfriend et al., 1999, 2000; Magura et al. 2000; Turner et al. 1999; voir Mee-Lee et al., 2001; Magura et al. 2003; Sharon et al. 2004).

Dans le cadre du présent programme, les niveaux 3.1 et supérieurs impliquent une orientation vers des services avec hébergement pour assurer un traitement optimal de la condition des personnes concernées. Tout niveau de soins devrait normalement, dans le cadre du traitement, être diminué progressivement, niveau par niveau. Ainsi, les personnes qui seraient orientées vers les services hospitaliers (niveau 4) devraient normalement transiger vers des services avec hébergement (niveau 3.1 à 3.7) pour stabiliser leur condition avant d'être orientées vers des services externes (niveau 2 ou 1) pour compléter leur traitement.

Les critères de l'A.S.A.M. permettent d'établir le niveau de soins requis par la condition d'une personne, sans toutefois se prononcer sur la durée du traitement requis. Seuls le suivi, en cours de traitement, de la condition des personnes et de l'atteinte des objectifs ciblés au plan d'intervention peuvent déterminer si le temps est venu d'orienter les personnes vers un autre niveau de soins. Le comité opérationnel du P.E.B.H. a convenu d'endosser les durées de traitement définies dans la programmation de chacun des organismes certifiés offrant de l'hébergement. Ainsi, l'évaluation d'un prestataire est valide pour la durée du programme de traitement qu'il a choisi. S'il quitte le programme de traitement et désire y revenir par la suite, il doit être réévalué. De la même façon, lorsque la durée du programme de traitement est échue et que le prestataire désire poursuivre son hébergement, une nouvelle évaluation doit être réalisée.

La condition des personnes présentant une problématique en toxicomanie peut aussi évoluer rapidement, selon qu'elle consomme à nouveau dans les jours qui suivent l'évaluation. Cette réalité a pour conséquence de limiter dans le temps la validité des résultats d'une évaluation chez une personne qui n'est pas en traitement, soit parce qu'elle n'est pas prête à être admise ou qu'une place en admission tarde à se libérer. Le comité opérationnel du P.E.B.H. a établi qu'une évaluation NiD-EP ou NiD-EM avait une validité de dix jours pour les personnes qui ne sont pas en traitement, dans la mesure où il n'y a pas eu d'accroissement significatif de la consommation durant cette période. Au-delà de celle-ci, une mise à jour de l'évaluation est requise (voir annexe 2 - Mise à

jour de l'évaluation). De plus, au-delà de 30 jours, une nouvelle évaluation complète est requise.

L'accès au P.E.B.H.
Dans le but d'assurer la plus grande rapidité d'accès possible et la plus grande accessibilité géographique, le comité opérationnel du programme a opté pour un mécanisme d'accès à guichets ou portes multiples, au sein même des services externes de Domrémy MCQ et d'un certain nombre d'organismes de la région, certifiés par le MSSS, qui offrent de l'hébergement pour les personnes toxicomanes et dans lesquels ces personnes sont susceptibles de se présenter. Ainsi le programme offre un accès géographique dans 14 sites, situés dans onze localités différentes de la région socio-sanitaire Mauricie/Centre-du-Québec, soit à Drummondville (2), Gentilly, La Tuque, Louiseville, Nicolet, Plessisville, Shawinigan (2), St-Tite, Ste-Geneviève-de-Batiscan, Trois-Rivières (3) et Victoriaville. Ces services d'évaluation sont accessibles du lundi au vendredi, de jour et de soir au besoin. L'ensemble des prestataires de l'aide financière de dernier recours et du personnel du MESS des régions Mauricie et Centre-du-Québec ont été informés avant le début du projet de ces modalités d'accès. Chacun de ces sites où l'on retrouve des évaluateurs accrédités, sont en lien direct avec la coordonnatrice du programme qui assure la supervision des évaluations, l'établissement du niveau de soins requis, la production des rapports d'évaluation et le suivi du programme.

Le comité opérationnel a convenu que les délais d'accès maximal au P.E.B.H. devaient être identiques aux délais prescrits pour la population générale qui s'adresse aux services de réadaptation publics de la région, soit 7 jours pour les femmes enceintes, parents monoparentaux d'enfants de moins de six ans, personnes suicidaires ou personnes à risque de sevrage et 14 jours pour toute autre personne.

Le processus d'évaluation au sein du P.E.B.H.
Toute personne prestataire d'aide financière de dernier recours, domiciliée dans les régions Mauricie et Centre-du-Québec, peut formuler une demande d'évaluation, en personne ou par téléphone, du lundi au vendredi, de jour et certains soirs, dans l'un des 14 sites du programme. Lors de cette demande, des informations de base sont recueillies afin d'établir la nature et l'urgence de la demande (voir annexe 3 - Demande d'évaluation). Le processus d'évaluation est sommairement expliqué lors de la formulation de la demande et une date d'évaluation, la plus rapprochée possible, est remise au prestataire. La journée même où la demande est prise, l'infirmière coordonnatrice du programme en est informée afin qu'elle puisse assurer le suivi des délais d'accès à l'évaluation et intervenir au besoin.

Au moment de l'évaluation, d'une durée approximative de 60 à 90 minutes, l'évaluateur débute le processus en expliquant au prestataire l'ensemble de la démarche d'évaluation et ses objectifs (voir annexe 4 - Présentation du processus d'évaluation). La démarche d'évaluation vise à déterminer la présence d'une consommation problématique d'alcool ou de drogues chez le prestataire et le niveau de soins requis pour traiter cette condition. Pour ce faire, des informations concernant le profil de consommation du prestataire, sa condition médicale, sa condition affective, comportementale et cognitive, sa motivation, ses risques de rechute, la qualité du support dont il bénéficie dans son environnement et

ses attentes en matière de traitement sont recueillies. Par la suite, à la fin de l'entrevue, un questionnaire de satisfaction à l'égard de l'entrevue est complété par le prestataire (voir annexe 5 - Questionnaire de satisfaction à l'égard de l'entrevue). Ce dernier est informé que son niveau de satisfaction n'a aucune influence sur le résultat de son évaluation.

Ensuite, ces informations sont transmises, avec le consentement écrit du prestataire, à l'infirmière coordonnatrice du programme au centre de réadaptation Domrémy MCQ pour fin de validation. De plus, l'évaluateur informe le prestataire que l'infirmière coordonnatrice du programme le contactera, avec son consentement, dans les 30 jours qui suivront l'évaluation afin de recueillir ses commentaires à l'égard du programme d'évaluation (voir annexe 6 - Formulaires de consentement). Une fois les données d'évaluation validées et le niveau de soins établi par l'infirmière coordonnatrice, les résultats sous forme de rapport d'évaluation sont présentés au prestataire par l'évaluateur et acheminés au MESS par la coordonnatrice (voir annexe 7 - Rapport d'évaluation). Chaque rapport précise si des services avec hébergements sont requis ou non et recommande une orientation en regard du niveau d'hébergement requis (niveau 4 : avec suivi médical 24/7, niveau 3.7 : suivi nursing 24/7 ou niveau 3.1 à 3.5 : suivi psychosocial uniquement). De plus, chaque rapport spécifie l'auteur de l'évaluation et de sa validation, ainsi qu'un numéro unique de validation. Il revient au MESS de déterminer, en fonction du rapport d'évaluation reçu et de toute autre information dont il dispose, d'accorder ou non une prestation spéciale de transport et frais de séjour.

Une fois le rapport d'évaluation et la recommandation présentés au prestataire, une liste des organismes de la région pouvant répondre à ses besoins lui est remise. Finalement, l'évaluateur recueille l'évaluation de la satisfaction du prestataire face aux résultats de l'évaluation et son intention à l'égard de la recommandation formulée dans le rapport (voir annexe 8 - Questionnaire de satisfaction suite à la présentation des résultats). Ces informations sont transmises à la coordonnatrice du programme. L'ensemble des informations transmises à la coordonnatrice sont colligées dans le système d'informations du P.E.B.H. C'est à partir de ce système que le suivi du programme est réalisé par la coordonnatrice. Sur une base mensuelle, la liste des numéros de validation des rapports est fournie au MESS pour assurer un suivi de l'authentification des rapports reçus.

L'accréditation des évaluateurs et leur supervision

Les évaluateurs du programme travaillent au sein du centre de réadaptation Domrémy MCQ ou des organismes de la région qui offrent du soutien et de l'hébergement aux personnes toxicomanes, certifiés par le MSSS (La Maison Carignan, Le Pavillon de l'Assuétude). Les évaluateurs de Domrémy MCQ ont une formation de niveau collégial ou universitaire alors que ceux issus des organismes certifiés possèdent au minimum trois années d'expérience en intervention auprès des personnes toxicomanes et un certificat universitaire en toxicomanie.

Dix-huit évaluateurs ont été inscrits aux deux journées de formation, les 11 et 12 septembre 2007 par la responsable des soins de santé à Domrémy MCQ et la coordonnatrice du P.E.B.H., sur le processus d'évaluation, les outils d'évaluations, les critères de l'A.S.A.M. et les risques associés au sevrage (voir annexe 9 - Protocole de

formation des évaluateurs : Programme d'évaluation du besoin d'hébergement (P.E.B.H.) en regard d'une problématique de consommation - Projet MESS) [1]. De plus, le programme prévoit une supervision intensive des premières évaluations réalisées et une supervision continue des évaluations subséquentes, par l'infirmière coordonnatrice du programme. Pour maintenir leur accréditation d'évaluateur au sein du programme, les évaluateurs devaient dès leur quatrième évaluation démontrer leur capacité à maîtriser le protocole d'évaluation. Cette supervision permet à la fois de s'assurer que le protocole d'évaluation est complété selon les règles de l'art et que la coordonnatrice du programme puisse établir le niveau de soins requis à partir de données complètes et adéquatement recueillies. Une seule évaluatrice a perdu son accréditation, faute d'avoir réalisé des évaluations. L'organisme pour lequel elle travaillait (Maison du Lac) a fait le choix de recourir aux services de Domrémy pour réaliser les évaluations des personnes qui s'adressaient à son organisme.

La coordination du programme

La coordination du programme est assurée par une infirmière du centre de réadaptation Domrémy MCQ. Ce choix a été fait, considérant la nécessité de bien maîtriser la supervision des risques associés à la condition médicale et psychiatrique des personnes présentant une problématique de consommation d'alcool ou de drogues. L'infirmière coordonnatrice assure la supervision hebdomadaire de chacune des évaluations, l'établissement du niveau de soins requis pour chacune des évaluations, la production des rapports d'évaluation et leur envoi aux directions régionales du MESS. La coordonnatrice assure aussi l'alimentation du système d'information P.E.B.H. à partir duquel le suivi du programme est réalisé. Ce système supporte les démarches de la coordonnatrice dans l'évaluation des délais de réponse aux demandes d'évaluation, de la satisfaction des personnes évaluées, du suivi post-évaluation auprès des prestataires évalués afin de documenter si l'orientation recommandée par l'évaluation a été ou non actualisée. Tout au long du projet, un tableau de bord mensuel a été produit pour assurer le suivi des résultats d'évaluation, des intentions des prestataires à l'égard des recommandations d'orientation et des délais de prise en charge (voir annexe 10 - Compilation). De plus, la coordonnatrice a animé les rencontres du comité clinique. Ces rencontres ont eu lieu les 10 octobre, 31 octobre et 28 novembre 2007 ainsi que les 15 janvier, 21 février, 7 mai, 11 juin et 7 septembre 2008. Elles avaient pour objectifs de répondre aux questions des évaluateurs, d'assurer une uniformité de penser au sein des évaluateurs en regard du programme, de traiter les situations particulières, etc. Finalement, la coordonnatrice a participé aux rencontres du comité opérationnel du projet avec le coordonnateur des services professionnels de Domrémy MCQ, dans le but d'assurer la coordination entre Domrémy MCQ, les organismes d'hébergement certifiés et les directions régionales du MESS. Ces rencontres ont eu lieu les 7 novembre 2007, 22 janvier, 11 mars et 6 mai 2008.

[1] Les intervenants de Domrémy qui maîtrisaient déjà l'utilisation des outils d'évaluation dans le cadre de leur travail au centre de réadaptation ont été dispensés de cette formation. Au total, 12 personnes ont participé à la formation.

L'ÉVALUATION DU P.E.B.H.

Un cadre d'évaluation du projet pilote *Frais de séjour en vue d'une cure de désintoxication* a été élaboré par la direction de l'évaluation du MESS et la coordination des services professionnels de Domrémy MCQ en janvier 2009. Nous reprenons ici les dimensions que ce cadre prévoyait pour l'évaluation du P.E.B.H.

Les objectifs d'évaluation
Les objectifs d'évaluation du P.E.B.H. sont les suivants :

- ✓ déterminer l'accessibilité géographique et la rapidité d'accès qui ont été rendues aux prestataires ayant eu recours au programme;
- ✓ identifier le profil des problèmes de consommation et le niveau de soins requis par les prestataires ayant eu recours au programme;
- ✓ identifier les orientations qui ont été fournies aux prestataires, leurs intentions face à celles-ci et les suites qu'ils ont données aux orientations prônées par le programme;
- ✓ évaluer la conformité des évaluations aux critères de l'A.S.A.M.;
- ✓ évaluer la satisfaction et la perception des prestataires à l'égard du processus d'évaluation;
- ✓ évaluer le processus d'évaluation, de formation et de supervision des évaluateurs ainsi que le processus de coordination du programme.

Les questions d'évaluation
Les principales questions d'évaluation du P.E.B.H. sont les suivantes :

1. Combien de prestataires ont formulé une demande d'évaluation et ont été évalués dans le cadre du P.E.B.H. au cours de la première année du projet pilote ?
2. À quel endroit les prestataires ont-ils choisi de se faire évaluer ?
3. Dans quel délai les prestataires ont-ils obtenu un rendez-vous d'évaluation à la suite de leur demande d'évaluation ?
4. De quelle nature était le problème de consommation des prestataires qui ont formulé une demande d'évaluation auprès du P.E.B.H. ?
5. Quel est le niveau de soins requis par la condition des prestataires en matière de toxicomanie qui a été établi au cours de la première année du projet pilote ?

6. Comment les prestataires ont-ils perçu le processus d'évaluation ?

7. Quelles sont la satisfaction et la perception des prestataires à l'égard du processus d'évaluation ?

8. Quelles suites les prestataires ont-ils données à l'orientation formulée par le P.E.B.H. au cours des trente jours qui ont suivi l'évaluation ?

9. Quelle est la perception de la coordonnatrice et des évaluateurs à l'égard des différentes composantes du P.E.B.H. ?

10. Quel est le niveau de conformité des évaluations aux critères de l'A.S.A.M. ?

11. Quelle est la satisfaction des évaluateurs à l'égard du processus de formation, de supervision et de coordination du P.E.B.H. ?

12. Qu'est-ce qui doit être amélioré dans ce P.E.B.H. du point de vue des prestataires et des évaluateurs ?

L'approche méthodologique retenue

Pour réaliser l'évaluation du P.E.B.H., cinq dimensions sont couvertes :

Dimension 1 : Une analyse de contenu des protocoles d'évaluation complétées au cours de la première année du projet pilote permettra de décrire les évaluations réalisées et d'extraire le profil des problèmes de toxicomanie présentés par les utilisateurs du programme ainsi que le niveau de soins requis par leur condition; de plus, cette analyse fournira les délais d'accès moyens au P.E.B.H. en fonction des différents sites d'évaluation;

Dimension 2 : Une évaluation par questionnaire de la satisfaction des prestataires qui ont complété le processus d'évaluation sera réalisée à la fin de chaque entrevue d'évaluation, tout au long du projet pilote. Une analyse de ces données permettra de mieux cerner la satisfaction des prestataires à l'égard de la rapidité d'accès au P.E.B.H., de l'évaluateur qui a complété l'entrevue, de la qualité de son écoute, du temps que l'évaluateur lui a consacré, de la compréhension dont l'évaluateur a fait preuve à son égard, etc.;

Dimension 3 : Chaque prestataire qui aura complété le processus d'évaluation sera contacté par téléphone, avec son consentement, trente jours après son évaluation afin d'établir les suites qu'il a données à l'orientation formulée par le programme d'évaluation. Au besoin, trois tentatives d'appel seront complétées pour rejoindre les personnes concernées. L'analyse de ces données fournira un aperçu des impacts de l'évaluation sur le recours aux différents types de traitement en toxicomanie;

Dimension 4 : Le point de vue des évaluateurs et de la coordonnatrice du programme en regard du processus d'implantation du programme et de ses retombées sera évalué. Une approche par focus group sera privilégiée pour cerner leurs perceptions à l'égard des différentes composantes du P.E.B.H. (voir annexe 11 - grille d'entrevue de groupe). La rencontre sera enregistrée et l'animateur colligera des notes à partir desquelles les thèmes émergents seront identifiés. L'enregistrement sera réservé pour la clarification de certains points soulevés dans la prise de notes de l'animateur. Il s'agit de la procédure dite de « note-based analysis » décrite par Krueger (1994, 1998) et Morgan (1997). Le recours à cette procédure vise à alléger le processus de collecte et d'analyse de données. Une évaluation de la satisfaction des participants à la formation de deux jours pour les évaluateurs sera aussi réalisée à partir d'un questionnaire d'évaluation (voir annexe 12 - Formulaire d'évaluation de la formation).

Dimension 5 : Un échantillon aléatoire de trente protocoles (10%) sera évalué à l'aveugle afin d'établir le niveau de conformité des évaluations aux critères de l'A.S.A.M.

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

La présentation des résultats de l'évaluation du P.E.B.H. se fera en fonction des 5 dimensions retenues au plan méthodologique, soit 1) la description des évaluations réalisées et du profil des prestataires; 2) l'évaluation de la satisfaction des prestataires; 3) le suivi téléphonique trente jours après la recommandation; 4) la rencontre focus group et l'évaluation de la satisfaction par questionnaire auprès des évaluateurs et de la coordonnatrice du programme; 5) le niveau de conformité des évaluations aux critères de l'A.S.A.M..

DIMENSION 1 : Description des évaluations réalisées et du profil des prestataires évalués

Au cours de sa première année d'existence, soit entre le 1er novembre 2007 et le 1er novembre 2008, le P.E.B.H. a réalisé 291 évaluations auprès de 259 prestataires différents. Le nombre de demandes d'évaluation pour lesquelles il n'y a pas eu d'évaluation, soit parce que les prestataires ne se sont pas présentés ou pour toute autre raison, n'a pas été colligé de façon systématique au sein des différents sites d'évaluation du programme. Selon les propos recueillis auprès de la coordonnatrice du programme, les absences aux rendez-vous d'évaluation sont principalement associées au fait que les prestataires ont choisi d'être évalués auprès d'un autre site sans en aviser les évaluateurs concernés. Ainsi, il y aurait peu de demandes d'évaluation pour lesquelles il n'y a pas eu d'évaluation.

La répartition des hommes et des femmes ainsi que le calcul de la moyenne d'âge s'est fait à partir des premières évaluations des prestataires (N=259). Les deux tiers des évaluations (69,9 %) ont été réalisées auprès d'hommes alors que les femmes

représentent près du tiers des évaluations (30,1 %). La moyenne d'âge des prestataires qui ont été reçus en évaluation est de 35,6 ans (É.T.= 10 ans) et varie de 18 à 59 ans.

Les 291 évaluations ont été réalisées par 30 évaluateurs différents et l'infirmière coordonnatrice du projet. Les évaluateurs de Domrémy ont réalisé entre 1 et 23 évaluations dans le cadre du P.E.B.H. alors que les évaluateurs des organismes certifiés ont réalisé entre 7 et 67 évaluations chacun. La coordonnatrice pour sa part a réalisé 34 évaluations en cours d'année. À noter que 60 % des évaluateurs ont réalisé moins de 5 évaluations alors que 13 % d'entre eux ont réalisé entre 5 et 10 évaluations en cours d'année. Une autre tranche de 13 % des évaluateurs ont réalisés entre 10 et 15 évaluations et une dernière tranche de 13 % ont réalisé entre 20 et 40 évaluations.

Parmi les 259 prestataires qui ont été évalués en cours d'année, 22 l'ont été à deux reprises et 5 prestataires l'ont été à 3 reprises. Une analyse du temps qui s'est écoulé entre la première demande d'évaluation et la deuxième demande a été réalisée. En moyenne, 114,7 jours séparent les deux demandes d'évaluation. Dans 40,7 % des cas, la deuxième demande est formulée à l'intérieur des trois mois suivant la première évaluation alors qu'elle est formulée dans les 6 mois suivant la première évaluation dans 88,8 % des cas. Quant aux 5 prestataires qui ont obtenu une troisième évaluation en cours d'année, celle-ci s'est en moyenne déroulée 48,6 jours après la deuxième évaluation. Une analyse plus détaillée des suites données par ces prestataires aux recommandations de traitement formulées par les évaluateurs sera présentée dans la dimension 3 des analyses de résultats. Parmi les 291 évaluations réalisées, 11 d'entre elles ont nécessité une évaluation de mise à jour.

Tableau 1. Répartition des 291 évaluations selon les lieux de réception des demandes et de réalisation des évaluations pour chacun des organismes évaluateurs

Organismes	*Réception des demandes*	*Réalisation des évaluations*
Domrémy MCQ	53,6%	53,6%
Pavillon de l'Assuétude	26,8%	26,5%
Maison Carignan	19,6%	19,9%

Le tableau 1 présente la répartition du lieu où l'ensemble des demandes d'évaluation ont été reçues et où les évaluations ont été réalisées. On constate que plus de la moitié des évaluations ont été reçues et réalisées au sein des services externes de Domrémy MCQ alors qu'un peu plus du quart de celles-ci ont été reçues et réalisées au Pavillon de l'Assuétude et près du cinquième à la Maison Carignan. De plus, la presque totalité des évaluations se réalisent là où la demande a été formulée.

Le tableau 2 à la page suivante présente l'ensemble des évaluations selon le territoire de résidence des prestataires au sein des huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région socio-sanitaire Mauricie/Centre-du-Québec. Les demandes d'évaluation proviennent en premier lieu de résidents du territoire de Trois-Rivières (32,6 %), suivi de proche par les résidents du Centre-de-la-Mauricie (31,6 %). Nous retrouvons ensuite les territoires de Drummond et Arthabaska/De l'Érable en troisième et quatrième position. Nous notons une proportion très élevée des demandes d'évaluation

Tableau 2 : Répartition des 291 évaluations selon le lieu de résidence des prestataires au sein des réseaux locaux de services de la région Mauricie/Centre-du-Québec

Réseaux locaux de services	*fréquences*	*%*	*% de la population**
Arthabaska-de l'Érable	32	11,0%	18,6%
Bécancour-Nicolet-Yamaska	12	4,1%	8,6%
Centre-de-la-Mauricie	92	31,6%	12,6%
Drummond	40	13,7%	19,9%
Haut-Saint-Maurice	6	2,1%	3,1%
Maskinongé	8	2,7%	5,1%
Trois-Rivières	95	32,6%	26,9%
Vallée-de-la-Batiscan	6	2,1%	5,3%

**Projection en 2008 de la population de 18 à 64 ans vivant en Mauricie / Centre-du-Québec selon le territoire de réseau local de services - Source MSSS (2005)*

en provenance de résidents du territoire du Centre-de-la-Mauricie en comparaison à la population de ce territoire.

Parmi les 82 demandes jugées prioritaires (28,2 %) et devant être traitées dans un délai maximal de 7 jours, le tableau 3 indique que les risques suicidaires et les risques associés au sevrage sont les facteurs de priorisation des demandes les plus fréquents avec 14,1 % et 13,4 % des demandes d'évaluation. À noter que plusieurs de ces prestataires étaient hospitalisés au moment de leur demande ou l'avaient été dans les semaines précédentes.

Tableau 3. Répartition des évaluations selon les facteurs de priorisation des demandes

Items		**Fréq.**	**%**
Êtes-vous enceinte?	Oui	4	1,4%
	Non	287	98,6%
Êtes-vous monoparentale?	Oui	11	3,8%
	Non	280	96,2%
L'usager est-il à risque de sevrage?	Oui	39	13,4%
	Non	252	86,6%
L'usager présente-t-il un risque	Oui	41	14,1%
suicidaire?	Non	250	86,6%

Le statut de monoparentalité avec enfant à charge de moins de six ans a été identifié dans 3,8 % des évaluations alors que le fait d'être enceinte a été précisé dans 4 demandes seulement parmi les 81 demandes d'évaluation qui concernent des femmes. De plus, il est courant chez les femmes qui consomment de façon problématique des psychotropes qu'elles tardent à identifier leur grossesse. Parmi l'ensemble des 82 demandes prioritaires, 11 d'entre elles présentaient 2 facteurs de priorisation, regroupant le plus souvent des risques associés au sevrage et au suicide.

Au plan des délais d'accès aux évaluations, il ressort que le délai entre la date de la demande et la date d'évaluation offerte varie entre le jour même et 34 jours. En moyenne, un délai de 2,9 jours sépare la date de la demande d'évaluation de la date d'évaluation offerte aux prestataires. Pour 91,4 % des demandes d'évaluation, une date d'évaluation est offerte dans les 7 jours suivants la demande. Elle est offerte dans les 14 jours suivant la demande dans 96,2 % des demandes. Elle est offerte dans les 15 à 34 prochains jours suivants la demande dans 3,8 % des demandes. Au plan des demandes jugées prioritaires, les dates d'évaluation offertes étaient en moyenne dans les 2,02 jours suivant la demande. Le délai prescrit de 7 jours pour l'évaluation des demandes prioritaires a été respecté dans 96,3 % des évaluations. Compte tenu que le comité opérationnel et stratégique avaient statué sur un délai d'accès aux évaluations identique à celui offert à la population générale de la région, nous considérons que la performance du programme au plan de la gestion des délais d'accès a été exceptionnelle.

Tableau 4 : Délais d'accès moyen en jour entre la demande d'évaluation et la date d'évaluation offerte, par territoire de réseaux locaux services et organismes évaluateurs (N=291)

		Oganismes évaluateurs			
Territoires R.L.S.		**Domrémy MCQ**	**Pavillon de l'Assuétude**	**Maison Carignan**	**total**
Arthabaska-de l'Érable	*n*	*32*	*0*	*0*	*32*
	délai d'accès moyen	3,0	-	-	3
Bécancour-Nicolet-Yamaska	*n*	*7*	*0*	*5*	*12*
	délai d'accès moyen	3,4	-	2,2	2,9
Centre-de-la-Mauricie	*n*	*32*	*48*	*12*	*92*
	délai d'accès moyen	5,1	2,2	0,9	3,1
Drummond	*n*	*23*	*12*	*5*	*40*
	délai d'accès moyen	3,3	0,9	1,2	2,3
Haut-Saint-Maurice	*n*	*5*	*0*	*1*	*6*
	délai d'accès moyen	1,6	-	4	2,0
Maskinongé	*n*	*4*	*1*	*3*	*8*
	délai d'accès moyen	10,3	2,0	0,7	5,6
Trois-Rivières	*n*	*48*	*15*	*32*	*95*
	délai d'accès moyen	4,6	2,5	0,5	2,9
Vallée-de-la-Batiscan	*n*	*5*	*1*	*0*	*6*
	délai d'accès moyen	0,4	5,0	-	1,2
Total	*n*	*156*	*77*	*58*	*291*
	délai d'accès moyen	4,0	2,1	0,9	2,9

Le tableau 4 présente les délais d'accès moyens, en jour, aux évaluations suite à la formulation d'une demande, selon le lieu de résidence des prestataires et l'organisme évaluateur. Nous constatons que la réponse aux demandes d'évaluation est souvent plus rapide au sein de la Maison Carignan et du Pavillon de l'Assuétude, bien que Domrémy réponde dans les délais prescrits et ce, beaucoup plus rapidement qu'auprès de l'ensemble des demandes en provenance de la population générale au cours de la même année. Ainsi, en 2007-2008, le délai d'accès moyen pour l'ensemble de la clientèle toxicomane (n=3249) au centre de réadaptation Domrémy MCQ se situait à 11 jours. Il était de 6 jours pour la clientèle présentant un risque de sevrage (n=179) et de 3 jours pour la clientèle présentant un risque suicidaire (n=124). Globalement, nous considérons que la mise à contribution des organismes certifiés par le MSSS, offrant du soutien et de l'hébergement en toxicomanie, dans le processus d'évaluation a largement contribué à diminuer les délais d'accès au P.E.B.H.

Une analyse de contenu des attentes exprimées par les prestataires lors de leur demande d'évaluation révèle qu'ils souhaitent essentiellement obtenir rapidement une évaluation, un hébergement, un encadrement, une thérapie, un sevrage sécuritaire, du support et des outils pour cesser leur consommation, quitter leur milieu de consommation, sortir de l'isolement, faire la paix avec eux-mêmes et leur entourage ou répondre aux pressions de leur entourage, retrouver la confiance en eux, régler leurs problèmes de comportement et de communication, retrouver une qualité de vie et un goût de vivre, se remettre en forme, apprendre à vivre seul et faire face à la réalité, vivre une vie normale et équilibrée, reprendre la garde de leurs enfants, leurs responsabilités et leur place dans la société, se trouver du travail et amasser de l'argent ou consolider leurs acquis. Ils se disent incapables d'y arriver par eux-mêmes ou de contrôler leur pulsion de consommation. Dans les faits, ces attentes traduisent bien les représentations habituelles que se font les personnes aux prises avec une problématique de consommation en regard de leur détresse, de leur impuissance et des moyens à leur portée pour résoudre leurs difficultés et retrouver le chemin de l'autonomie et du bien être.

Tableau 5 : Prévalence de la consommation des différents psychotropes pour l'ensemble des évaluations réalisées (N=291)

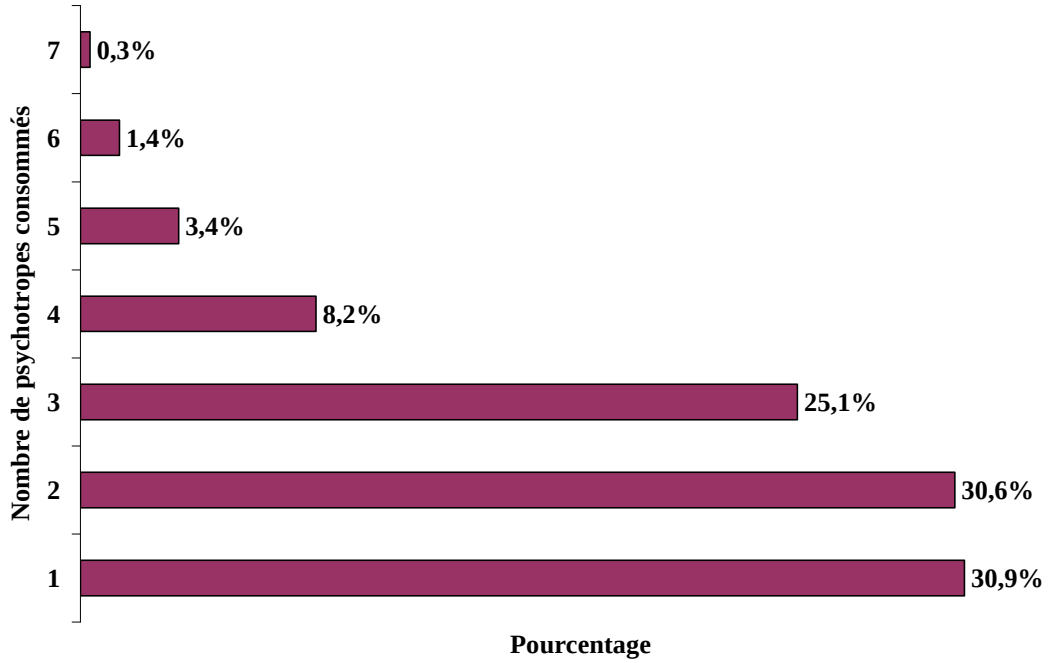
Psychotropes	***fréquences***	***%***
Alcool	181	62,2%
Cocaïne	155	53,3%
Cannabis	144	49,5%
Amphétamines	116	39,9%
Hallucinogènes	22	7,6%
Médicaments	21	7,2%
Héroïne	20	6,9%
Autres	5	1,7%

Le tableau 5 présente la proportion des évaluations dans lesquelles nous retrouvons une consommation actuelle des différentes catégories de psychotropes. Ainsi, il ressort que l'alcool (62,2 %) est le produit le plus consommé alors que l'héroïne est le moins utilisé (6,9 %). La cocaïne (53,3 %), le cannabis (49,5 %) et les amphétamines (39,9 %) demeurent toutefois très populaires.

La Figure 1 à la page suivante permet de constater que plus des deux tiers des évaluations réalisées concernent des consommateurs de psychotropes multiples (69,1 %). Nous parlons donc d'une fréquence élevée de polytoxicomanie. De plus, 13,3 % des évaluations concernent des consommateurs de quatre à sept types de psychotropes différents.

Le protocole d'évaluation des prestataires implique aussi l'utilisation d'échelles de dépendance à l'alcool (QBDA :Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool) et aux drogues (ESD : Échelle de sévérité de dépendance) traduites par Tremblay et al. (2004). Ces échelles permettent de détecter de façon sensible et spécifique, à partir d'un seuil standardisé, la présence d'un diagnostic de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Parmi

Figure 1. Prévalence de la polytoxicomanie dans l'ensemble des évaluations



l'ensemble des évaluations réalisées, des indices de dépendances ont été détectés dans 94,8 % des évaluations, soit 19,9 % des évaluations présentaient simultanément des indices de dépendance à l'alcool et aux drogues, 18,5 % des évaluations présentaient des indices de dépendance à l'alcool uniquement et 56,3 % des évaluations présentaient des indices de dépendance aux drogues uniquement. Pour le reste, 3,8 % des évaluations présentaient des indices d'un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues et 1,8 % ne présentait pas d'indice de diagnostic relié à une problématique en dépendance. Ainsi, la presque totalité des prestataires présentaient donc des indicateurs francs d'un diagnostic de dépendance à un ou plusieurs psychotropes.

Tableau 6 : Distribution des évaluations selon le niveau de soins requis et intention des prestataires de suivre la recommandation d'orientation vers ce niveau de soins

			Intention de suivre la recommandation		
Niveau de soins requis selon les critères de l'A.S.A.M.	**n**	**%**	**oui**	**ne sait pas**	**non**
niveau 1 ou moins: orientation en services externes	2	0,7%	0,0%	100,0%	0,0%
niveau 2: orientation en services externes intensifs	4	1,4%	50,0%	50,0%	0,0%
niveau 3.1 à 3.5: orientation en hébergement	229	78,7%	86,9%	13,1%	0,0%
niveau 3.7: orientation en hébergement - suivi nursing 24/7	45	15,5%	48,9%	8,9%	42,2%
niveau 4: orientation en centre hospitalier - suivi médical 24/7	11	3,8%	36,4%	9,1%	54,5%
Total	291	100,0%	78,0%	13,4%	8,6%

Le Tableau 6 présente le résultat des évaluations qui détermine la recommandation du niveau de soins requis par la condition présentée par les prestataires. Ainsi, nous pouvons observer qu'un niveau de soins avec hébergement est recommandé dans 98 %

des évaluations réalisées. Cette donnée est cohérente avec le profil des prestataires présenté jusqu'à maintenant. La presque totalité d'entre eux présentent des indicateurs francs de dépendance au cours de la dernière année, souvent à plusieurs psychotropes simultanément. Plus de 79 % d'entre eux présentaient des antécédents de traitement pour une problématique de consommation variant entre 1 et 15 épisodes de traitement antérieurs, avec une moyenne de 4 épisodes de traitement antérieurs. La presque totalité des prestataires consommaient toujours au moment de l'évaluation. De plus, la majorité exprimaient une impuissance à retrouver l'abstinence sans un encadrement structuré et une proportion non négligeable présentaient des risques reliés au sevrage et au suicide. Bien qu'on note que certains prestataires qui ont reçu une recommandation d'orientation vers des services avec hébergement ne présentaient pas d'indicateurs francs de dépendance mais plutôt une problématique d'abus, des éléments reliés à leur condition médicale ou leur état cognitif, affectif et comportemental, en conformité aux prescriptions de l'A.S.A.M., justifiaient une telle recommandation.

Au plan de l'intention de suivre la recommandation formulée par l'évaluation, nous constatons que dans la majorité des cas (78 %), une fois que la recommandation leur est présentée et expliquée, les prestataires compte la suivre. Cet énoncé est particulièrement vrai pour les évaluations où l'orientation préconisée correspond à l'hébergement sans suivi nursing ou médical requis (86,9 %). Nous pouvons comprendre cette forte adhésion à cette orientation parce qu'elle correspond à l'attente initiale des prestataires pour laquelle ils se sont présentés en évaluation. Les plus faibles adhésions correspondent à l'orientation vers les services hospitalier avec suivi médical 24/7 (non = 54,5 %) ou vers les services d'hébergement avec suivi nursing 24/7 (non=42,2 %). Ici, plusieurs interprétations sont possibles. D'une part, bien qu'elles soient conformes aux orientations préconisées par l'A.S.A.M., elles ne correspondent pas aux attentes des prestataires. D'autre part, plusieurs prestataires percevaient difficilement la nécessité de se présenter en centre hospitalier ou dans les services d'hébergement avec suivi nursing 24/7, d'autant plus qu'ils se voyaient confrontés à des temps d'attente importants à l'urgence ou pour être admis dans un site d'hébergement avec suivi nursing dont les places sont limitées dans les différentes régions du Québec. Ainsi, ces orientations pouvaient être perçues comme non fondées, d'autant plus que des places étaient immédiatement disponibles en hébergement de niveau 3.1 à 3.5. Finalement, l'orientation en centre hospitalier ou en hébergement avec suivi nursing donnait potentiellement accès à la prestation spéciale du MESS pour éventuellement accéder, dans les jours ou semaines suivantes, une fois leur condition stabilisée, aux services avec hébergement de niveau 3.1 à 3.5. Plusieurs prestataires ont opté pour une admission directe au niveau 3.1 à 3.5 et ce même si leur condition commandait un niveau 3.7 ou 4. À notre connaissance, un seul organisme certifié offrant des services de niveau 3.1 à 3.5, a rendu conditionnel l'admission de certains prestataires de niveau 3.7 à une phase de stabilisation préalable au sein des services d'hébergement avec suivi nursing 24/7.

Pour terminer, une faible proportion de prestataires (13,4 %) sont indécis au moment de l'évaluation sur l'orientation à prendre. On doit donc comprendre que la grande majorité d'entre eux, lorsqu'ils se présentent en évaluation, ont déjà une idée claire de l'endroit où ils souhaitent recevoir leur traitement. Le tableau 7 à la page suivante présente les lieux où les prestataires souhaitaient entreprendre leur démarche de traitement pour ceux qui

Tableau 7: Distribution des évaluations pour lesquelles les prestataires présentent une intention claire quant au lieu où ils souhaitent entreprendre leur démarche de traitement

Lieu	n
Pavillon de l'assuétude	105
Maison Carignan	43
L'autre côté de l'ombre	35
Au rayon de soleil	20
Domrémy	12
Maison du Lac	10
Maison Jean Lepage	5
Dianova (hors région)	2
Le Rucher (hors région)	2

avaient une idée précise à ce sujet (86,6 %). La presque totalité des prestataires ont l'intention d'être traité dans la région et le Pavillon de l'assuétude se démarque nettement dans l'ensemble de ces intentions. Celles-ci peuvent sans doute être comprise par le fait qu'une proportion importante des prestataires étaient domiciliés dans la région du Centre-de-la-Mauricie et que le Pavillon est l'un des sites d'évaluation le plus fréquenté.

DIMENSION 2 : Évaluation de la satisfaction des prestataires

L'évaluation de la satisfaction des prestataires portait sur deux dimensions, soit l'entrevue d'évaluation comme telle et le résultat de l'évaluation. Le Tableau 8 à la page suivante présente le niveau d'accord manifesté par les prestataires à l'égard des neuf énoncés du questionnaire de satisfaction qui portaient sur l'entrevue d'évaluation. Au total, une évaluation de satisfaction a été réalisée dans 93% des évaluations. Parmi le 7% des évaluations où le questionnaire de satisfaction n'a pas été répondu, les évaluateurs ont omis de le faire compléter ou les prestataires n'étaient pas en état de compléter par eux-mêmes un questionnaire ou ont refusé d'y répondre. Globalement, nous observons un très haut niveau d'accord avec l'ensemble des énoncés témoignant de la satisfaction à l'égard des différentes dimensions de l'entrevue d'évaluation. Dans 99,3% des évaluations où nous avons obtenu cette évaluation, les prestataires se disaient plutôt en accord ou totalement en accord avec l'énoncé stipulant qu'ils étaient satisfaits de l'entrevue d'évaluation. L'énoncé portant sur le temps pris pour s'occuper du prestataire a obtenu le plus haut taux d'accord, suivi de près par l'intention de recommander cet évaluateur à quelqu'un d'autre, par la compétence perçue chez l'évaluateur et le sentiment d'être écouté et pris au sérieux. Bien qu'ils aient été très faibles, les taux de désaccord les plus élevés ont été exprimés à l'égard des énoncés portant sur la rapidité d'accès à l'évaluation et sur la compréhension de leurs besoins par l'évaluateur.

Au plan des améliorations souhaitées, seuls 9,6 % des prestataires qui ont répondu au questionnaire ont aussi répondu à cette question ouverte. Parmi ces derniers, près d'un cinquième de ces répondants précisent n'avoir aucun commentaire à formuler. Un peu plus du tiers formulent un commentaire centré sur les délais d'accès à l'évaluation ou au traitement, qui sont jugés trop long, sur l'entrevue d'évaluation jugée trop longue où sur la validation de l'évaluation par l'infirmière coordonnatrice qui tarde à venir. Il est

Tableau 8 : Niveau d'accord exprimé à l'égard des énoncés exprimant de la satisfaction face à l'entrevue d'évaluation

items			n	%
1. J'ai eu accès rapidement à cette entrevue d'évaluation	1	Tout à fait en désaccord	2	0,7%
	2	Plutôt en désaccord	4	1,5%
	3	Plutôt en accord	28	10,3%
	4	Tout à fait en accord	237	87,5%
2.J'ai eu le sentiment que l'intervenant prenait le temps nécessaire pour s'occuper de moi	1	Tout à fait en désaccord	0	0,0%
	2	Plutôt en désaccord	1	0,4%
	3	Plutôt en accord	8	3,0%
	4	Tout à fait en accord	262	96,7%
3.J'ai eu le sentiment que l'intervenant rencontré m'écoutait attentivement et me prenait au sérieux	1	Tout à fait en désaccord	0	0,0%
	2	Plutôt en désaccord	2	0,7%
	3	Plutôt en accord	12	4,5%
	4	Tout à fait en accord	255	94,8%
4.J'ai eu le sentiment que l'intervenant rencontré était compétent	1	Tout à fait en désaccord	1	0,4%
	2	Plutôt en désaccord	0	0,0%
	3	Plutôt en accord	13	4,8%
	4	Tout à fait en accord	256	94,8%
5.J'ai eu le sentiment que l'intervenant me parlait dans des mots que je pouvais comprendre	1	Tout à fait en désaccord	2	0,7%
	2	Plutôt en désaccord	0	0,0%
	3	Plutôt en accord	15	5,5%
	4	Tout à fait en accord	254	93,7%
6.J'ai eu le sentiment que l'intervenant comprenait bien mes besoins	1	Tout à fait en désaccord	0	0,0%
	2	Plutôt en désaccord	3	1,1%
	3	Plutôt en accord	22	8,1%
	4	Tout à fait en accord	246	90,8%
7.J'ai eu le sentiment que je pouvais faire confiance à l'intervenant	1	Tout à fait en désaccord	1	0,4%
	2	Plutôt en désaccord	0	0,0%
	3	Plutôt en accord	18	6,6%
	4	Tout à fait en accord	252	93,0%
8.Je recommanderais cet évaluateur à quelqu'un d'autre	1	Tout à fait en désaccord	1	0,4%
	2	Plutôt en désaccord	0	0,0%
	3	Plutôt en accord	12	4,4%
	4	Tout à fait en accord	258	95,2%
9.Je suis satisfait (e) de l'entrevue d'évaluation	1	Tout à fait en désaccord	0	0,0%
	2	Plutôt en désaccord	2	0,7%
	3	Plutôt en accord	16	5,9%
	4	Tout à fait en accord	253	93,4%

suggéré par certains que l'évaluation puisse se dérouler lorsqu'ils sont dans un meilleur état. D'autres soulignent les difficultés observées chez les évaluateurs concernant le processus d'évaluation ou l'utilisation d'un logiciel en cours d'entrevue. Un prestataire souligne le manque de confidentialité durant l'entrevue, alors que d'autres intervenants accédaient au local durant son évaluation. Certains auraient souhaité être accueillis avec un café. D'autres auraient souhaités que les évaluateurs puissent mieux les informer sur les différentes alternatives de traitement et le déroulement du traitement dans les différentes maisons de thérapie. Finalement, on souligne le professionnalisme de l'évaluateur.

Tableau 9 : Niveau de satisfaction exprimé par les prestataires face à la recommandation d'orientation qui leur a été présentée

Niveau de satisfaction	n	%
Pas du tout satisfait	2	0,7%
Très peu satisfait	3	1,0%
Assez satisfait	32	11,0%
Très satisfait	254	87,3%

En regard du résultat de l'évaluation, le tableau 9 présente le niveau de satisfaction enregistré pour chacune des évaluations. Pour plus de 98 % des évaluations, les prestataires se sont dits assez satisfaits ou très satisfaits face aux résultats de l'évaluation. Parmi les prestataires qui se sont dits très peu satisfaits ou pas du tout satisfaits, nous notons une majorité d'évaluations où le niveau de soins requis a été établi à 2, soit vers des services externes.

Somme toute, nous pouvons dire que les prestataires ont manifesté un haut niveau de satisfaction face au processus d'évaluation et à son résultat. Les quelques commentaires formulés permettent d'orienter la vigilance des évaluateurs et leur sensibilité à l'égard des délais d'accès, de la confidentialité et de la qualité de l'accueil. Une meilleure connaissance des différentes alternatives de traitement et du déroulement des différentes thérapie au sein des organismes certifiés serait à privilégier.

DIMENSION 3 : Évaluation de suivi auprès des prestataires

Le coordination du programme prévoyait le rappel téléphonique systématique des prestataires, trente jours après l'évaluation, afin de déterminer quelles suites avaient été données à la recommandation d'orientation formulée lors de l'évaluation. Parmi les 291 évaluations, la coordonnatrice a pu rejoindre les prestataires de 214 évaluations, soit dans 73,5 % des cas. Les prestataires qui n'ont pu être rejoints n'avaient pas le téléphone, ne l'avait plus, étaient déménagés ou sont décédés.

Le tableau 10 à la page suivante présente la distribution des suites données par les prestataires qui ont pu être rejoints dans le cadre du suivi post-évaluation, aux recommandations formulées lors de l'évaluation. Globalement, près de la moitié des prestataires rejoints (45,8 %) ont suivi la recommandation dans son entier. C'est-à-dire

Tableau 10: Distribution des suites données par les prestataires aux recommandations d'orientation formulées lors de l'évaluation en fonction du niveau de soins requis selon les critères de l'A.S.A.M.

	Niveau de soins requis											
	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3.1 à 3.5		Niveau 3.7		Niveau 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
N'a pas donné suite	0	0,0%	1	33,3%	18	10,9%	7	20,6%	4	36,4%	30	14,0%
S'est partiellement conformé à la recommandation*	0	0,0%	0	0,0%	62	37,6%	19	55,9%	5	45,4%	86	40,2%
S'est totalement conformé à la recommandation	1	100,0%	2	66,7%	85	51,5%	8	23,5%	2	18,2%	98	45,8%
Total	1	100%	3	100%	165	100%	34	100%	11	100%	214	100%

* Une conformité partielle à la recommandation correspond au fait d'avoir suivi la recommandation mais d'avoir abandonné le traitement au moment du suivi post-évaluation ou encore d'avoir entrepris un traitement à un niveau de soins ne correspondant pas à la recommandation.

qu'ils avaient intégré le niveau de soins requis selon les critères de l'A.S.A.M. et avaient soit complété ce traitement où s'y trouvaient toujours au moment du suivi post-évaluation. Aussi, 40,2 % des prestataires avaient partiellement suivi la recommandation. Dans ce cas-ci, la conformité partielle correspond au fait d'avoir intégré le niveau de soins requis et d'avoir quitté prématurément ce niveau de soins, ou encore d'avoir entrepris un traitement à un niveau de soins différents de celui recommandé par l'évaluation. Finalement, 14 % des prestataires n'ont donné aucune suite à la recommandation d'orientation formulée lors de l'évaluation. Dans ce dernier cas, aucune forme de traitement n'a été entreprise par le prestataire suite à l'évaluation.

Lorsqu'on analyse ces données en fonction des niveaux de soins requis, on observe que les taux de conformité totale les plus faibles se situent au niveau des recommandations d'orientation vers les services d'hébergement avec suivi nursing 24/7 ou vers les centres hospitaliers avec suivi médical 24/7. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce résultat. Une proportion non négligeable de prestataires abandonnent le traitement dans les jours ou semaines qui suivent le début de celui-ci. Plusieurs prestataires qui présentaient un niveau de soins requis à 3.7 ou 4 ont opté pour le niveau 3.1 à 3.5 compte tenu de la rapidité d'accès à ces sites ou encore parce que ce choix correspondait à leur intention initiale. Nous vous rappelons que ce niveau de soins correspondait à l'intention des prestataires dans 80 % des évaluations.

Nous avons aussi voulu mieux connaître la nature des suites données aux recommandations par les prestataires qui ont été évalués à plus d'une reprise au cours de la première année du projet. Ces prestataires, reviennent-ils en évaluation parce qu'ils n'ont pas donné suite à la première recommandation d'orientation? Le suivi post-évaluation a pu être réalisé auprès de 26 des prestataires parmi les 27 qui ont obtenu plus d'une évaluation complète au cours de la première année du projet. Parmi les 26 prestataires rejoints, 4 n'avaient pas actualisé la recommandation de traitement lors de la première évaluation au moment du suivi post-évaluation qui se déroulait 30 jours après l'évaluation. Dix prestataires avaient partiellement donné suite à la recommandation, i.e. qu'ils avaient entrepris le traitement puis avait quitté celui-ci au moment du suivi post-évaluation ou encore avaient entrepris le traitement à un niveau de soins différents de celui qui avait été recommandé. Puis finalement, 12 prestataires, soit près de la moitié d'entre eux, avaient actualisé la recommandation telle que formulée et avaient complété

le traitement où étaient toujours en traitement au moment du suivi post-évaluation. Les retours en évaluation ne peuvent donc être simplement associé au fait de ne pas avoir suivi la première recommandation. De toute évidence, la résolution d'une problématique en dépendance implique pour une grande partie des personnes concernées, des rechutes suite aux premiers traitements et des retours multiples en traitement pour stabiliser à nouveau leur condition et retrouver le chemin du rétablissement.

Tableau 11 : Distribution des organismes utilisés par niveau de soins, tel que rapporté par les prestataires au moment du suivi post-évaluation.

Organisme	Niveau de soins couvert	n	%	% par niveau
Domrémy externes	Niveau 1	11	5,9%	5,9%
Pavillon de l'assuétude	Niveau 3.1 à 3.5	74	40,0%	84,9%
Maison Carignan		36	19,5%	
L'autre côté de l'ombre		18	9,7%	
Rayon de soleil		14	7,6%	
Maison du Lac		6	3,2%	
Maison Jean Lepage		5	2,7%	
Dianova (hors région)		2	1,1%	
Le Rucher (hors région)		2	1,1%	
Domrémy hébergement	Niveau 3.1 à 3.7	16	8,6%	9,1%
Roberval (hors région)		1	0,5%	
Urgence CSSS BNY - Nicolet	Niveau 4	1	0,5%	1,6%
CH Ste-Croix		2	1,1%	

Le Tableau 11 permet de constater dans quelle proportion les différents organismes ont été utilisés par les 214 prestataires qui ont été rejoints lors du suivi post-évaluation. Il importe de se rappeler que le mandat des évaluateurs est de proposer une recommandation. Le prestataire a donc le loisir de la mettre en application ou non. De plus, deux prestataires ont utilisé plus d'un organisme, expliquant une somme des proportions plus grande que 100 %. Pour l'ensemble des prestataires rejoints, les services avec hébergement de niveau 3.1 à 3.5 ont été les services les plus utilisés, par près de 85 % des prestataires, et ce essentiellement à l'intérieur des régions Mauricie et Centre-du-Québec, bien que seulement 78,7 % de l'ensemble des évaluations statuaient sur un tel niveau de soins requis. Ainsi, plusieurs prestataires qui présentaient une condition requérant un niveau de soins 3.7 ou 4 ont opté pour le niveau 3.1 à 3.5. Par exemple, les services de niveau 3.7 ont été utilisés par 9,1 % des prestataires rejoints alors que plus de 15 % de l'ensemble des évaluations avaient statué sur la nécessité d'un tel niveau de soins.

DIMENSION 4 : Évaluation du P.E.B.H. par les évaluateurs et la coordonnatrice

Le point de vue des évaluateurs et de l'infirmière coordonnatrice du programme sur l'implantation du programme, son fonctionnement, ses retombées et les pistes d'amélioration à envisager a été documenté à partir d'un focus group et d'un questionnaire de satisfaction sur la formation des évaluateurs.

Le focus group a été réalisé auprès des évaluateurs et de la coordonnatrice le 8 avril 2009. L'ensemble des évaluateurs accrédités des organismes certifiés (5) et 5 évaluateurs du centre de réadaptation Domrémy MCQ provenant des grands centres de services externes (Drummond, Shawinigan, Trois-Rivières, Victoriaville) et des plus petits sites ont été invités pour participer à cette rencontre. Au total, un évaluateur des organismes certifiés, 3 évaluateurs de Domrémy et la coordonnatrice se sont présentés à la rencontre de groupe focalisée. Ces cinq évaluateurs ont réalis. à eux seuls 40 % des évaluations, soit entre 6 et 34 évaluations chacun, sur les territoires de Drummondville, Trois-Rivières et Victoriaville. La coordonnatrice, à elle seule, a réalisé 34 évaluations en cours d'année.

À la lumière des propos recueillis auprès des évaluateurs et de la coordonnatrice, le P.E.B.H. représente aux yeux des cinq participants présents au focus group une amélioration des pratiques au plan de l'évaluation des besoins réels de la clientèle. C'est une approche standardisée qui permet de statuer, de façon plus précise et moins arbitraire, sur le niveau de soins requis par la condition des prestataires. On apprécie la multiplicité des dimensions évaluées qui favorise une vision globale des problèmes liés à la toxicomanie et des besoins généraux des usagers. D'autre part, le fait de partager un même processus d'évaluation entre organismes et entre intervenants de professions différentes contribue au développement d'une culture commune et de liens interdisciplinaires plus prononcés dans les processus d'intervention auprès de la clientèle. La démarche de validation du niveau de soins requis auprès d'une infirmière contribue largement à multiplier les échanges entre le personnel nursing et les intervenants psychosociaux, favorisant un meilleur arrimage multidisciplinaire.

Chez les intervenants, le programme a permis de développer une meilleure différenciation entre les niveaux de soins ainsi que les traitements qui y sont reliés. Par exemple, chez Domrémy MCQ, on note chez les intervenants une meilleure compréhension de la nécessité et de l'impact des différents niveaux soins. Ils abordent ainsi de façon différente la clientèle lorsqu'il s'agit de leur présenter une offre de service. Il leur parle davantage du niveau de soins requis par leur condition que du programme offert par Domrémy.

On considère aussi l'accessibilité du programme comme un de ses points forts. Les pressions exercées pour diminuer des délais d'attente par les prestataires et les organismes certifiés prêts à accueillir ces usagers en hébergement, ont été perçus comme étant plus prononcées dans ce programme. Ce qui a incité des sites comme Victoriaville et Drummondville à prioriser ces demandes d'évaluation parmi l'ensemble des demandes du territoire pour répondre à cette pression.

Des évaluateurs déplorent les absences de cette clientèle à leur rendez-vous d'évaluation. Selon certains, cette clientèle semble présenter une plus forte proportion d'absences aux rendez-vous d'évaluation que la clientèle régulière alors que d'autres n'ont pas noté une telle différence. Pour certains évaluateurs, ces absences sont considérées comme une perte de temps précieux qui aurait pu être utilisé de façon plus judicieuse par des usagers plus motivés qui ont de réels besoins. On note aussi chez certains prestataires de nombreux transferts d'un organisme d'hébergement à un autre. On souligne que dans certaines sous-régions, des usagers ont choisi de se trouver une adresse dans un territoire limitrophe hors région pour se soustraire aux contraintes perçues du présent programme. Ainsi, on note une baisse des demandes d'évaluation dans certains territoires depuis le début du projet.

Les participants au focus group soulignent que le protocole d'évaluation comporte certaines limites. Bien qu'il permette de statuer globalement sur le niveau de soins requis pour le traitement de la problématique en toxicomanie et qu'il tienne compte pour ce faire de certaines dimensions au plan de la santé mentale, il ne statue pas de façon précise sur la nature des besoins de traitement en regard de la dimension santé mentale. Ainsi, certains prestataires ont reçu une recommandation d'orientation de niveau 3.1 à 3.5 (hébergement sans suivi nursing ou médical 24/7) alors qu'ils présentaient des besoins de services particuliers en santé mentale que la majorité des ressources offrant ce niveau de services ne pouvaient pas offrir. On questionne aussi la pertinence de l'évaluation de mise à jour lorsque l'usager passe d'un établissement à un autre, car implicitement, l'usager reste en traitement.

Au plan du programme et du projet, plusieurs évaluateurs considèrent qu'ils étaient eux-mêmes ainsi que les agents du MESS, mal informés en regard de l'ensemble du projet. Plusieurs évaluateurs ont reçu des appels d'agents de l'aide sociale afin de répondre à leurs interrogations sur le programme. Certains agents se demandaient même s'ils devaient payer les évaluateurs. Les évaluateurs pour leur part manquaient d'information sur le processus d'attribution des prestations spéciales. Ils reçoivent plusieurs questions à cet égard auxquelles ils ne peuvent répondre. De plus, la tarification des organismes certifiés offrant de l'hébergement n'est pas claire. Le montant de la prestation spéciale couvre parfois l'ensemble des frais alors qu'à d'autres moments, des coûts additionnels sont à prévoir. Tout comme pour les prestataires, les évaluateurs ont de la difficulté à s'y retrouver et considèrent le tout très complexe. Ils ont souvent à accompagner les prestataires mal en point dans ce dédale administratif complexe et s'y perdent facilement. En lien avec cette dimension, le P.E.B.H. n'est pas qu'une question d'évaluation. Les évaluateurs se retrouvent parfois en position de « courtier » face aux demandes des prestataires qui ont besoin d'être informés et accompagnés dans le choix des différentes ressources qui offrent des services et les évaluateurs peuvent difficilement répondre à cette attente des prestataires parce qu'ils ne connaissent pas bien le programme offert par chaque ressource.

À l'égard des réactions des prestataires face au programme, les évaluateurs perçoivent chez plusieurs la présence d'un sentiment d'injustice lié au fait de devoir se soumettre à une telle évaluation parce qu'ils demeurent dans la région. Plusieurs prestataires considèrent ce processus comme un obstacle additionnel pour obtenir une aide ou une

réponse à leur besoin de traitement. De plus, certains prestataires trouvent l'évaluation et le processus long et complexe.

Au plan des améliorations souhaitées, les évaluateurs considèrent avoir besoin davantage d'informations sur le fonctionnement et les règles d'attribution des prestations spéciales au sein du MESS. Ils auraient aussi besoin de plus d'informations sur les programmes des différentes ressources qui offrent de l'hébergement et sur la tarification réelle de ces services.

Pour certains évaluateurs, il serait intéressant de faire un suivi intensif auprès de l'usager entre la fin de l'évaluation et son entrée en hébergement pour assurer le maintien de sa motivation et son entrée effective en traitement. De plus certains évaluateurs apprécieraient savoir si les usagers ont ou non été admis en traitement. Cette information leur permettrait de boucler la boucle et donnerait un plus grand sens à leur rôle d'évaluateur. Finalement, on aurait apprécié que le processus de suivi post-évaluation se déroule après plus de trente jours suivant l'évaluation. Ce délai est jugé trop court pour rendre compte des suites réelles de ce programme puisque plusieurs traitements ont des durées d'hébergement de 90 jours et plus.

Au plan de la formation, de la supervision et de la coordination du P.E.B.H., plusieurs ont apprécié les deux jours de formation, la disponibilité de la coordonnatrice et sa façon de superviser les évaluations, en mettant à profit leurs connaissances des usagers. La coordonnatrice rapporte avoir dû s'adapter au processus de validation des évaluations qui implique de porter un jugement sur le niveau de soins requis par les prestataires, sans les avoir rencontrés en personne. Elle dit être amenée à poser de nombreuses questions aux évaluateurs lors du processus de supervision pour confirmer les données recueillies dans les protocoles. Finalement, une évaluatrice à Domrémy précise qu'elle n'a pas bénéficié de la formation et qu'elle a acquis ses habiletés via la supervision de la coordonnatrice.

La formation de deux jours a aussi été évaluée par questionnaire. Le tableau 12 à la page suivante présente les résultats de cette évaluation. On observe que 9 participants sur 12 ont complété le questionnaire. Parmi les répondants, plus de la moitié d'entre eux disaient présenter une motivation élevée à participer à cette formation. Aussi, on note une progression importante du niveau de connaissance suite à la formation parmi les participants. Le niveau de satisfaction globale rapporté par les répondants est jugé adéquat. L'animation et l'approche pédagogique utilisées en cours de formation ont généré la plus forte adhésion de la part des répondants. En commentaires, les répondants ont identifiés la précision des informations transmises, la clarté des grilles, les exercices pratiques en cours de formation et le NiD-EP comme étant les points forts de cette formation. Au plan des améliorations, certains auraient souhaités encore plus de pratique pour les aider à maîtriser le processus d'évaluation.

D'ailleurs, un proportion considérable des répondants jugeaient un suivi nécessaire à cette formation. La supervision de chacune des évaluations suite à la formation et l'incitation à expérimenter le protocole dans le cadre d'entrevues simulées avant le début des évaluations réelles auront permis de compléter les apprentissages de base.

Tableau 12 : Évaluation de la formation du 11 et 12 septembre 2007 par les évaluateurs participants.

	Très bas	Bas	Moyen	Élevé
A. Niveau de connaissances avant la session	2	1	5	1
B. Niveau de motivation à participer à cette session	1	0	3	5
C. Niveau de connaissances après la session	1	0	2	5
	Totalement d'accord	**En accord**	**En désaccord**	**Totalement en désaccord**
1. Les objectifs ont été atteints.	6	3	0	0
2. Le contenu est pertinent.	7	2	0	0
3. J'ai acquis de nouvelles connaissances.	4	5	0	0
4. Connaissances utiles dans mon travail.	7	2	0	0
5. La documentation est appropriée.	7	2	0	0
6. L'animation est structurée et dynamique.	8	1	0	0
7. L'approche utilisée a suscité ma participation.	8	1	0	0
8. L'organisation technique est satisfaisante.	7	2	0	0
9. Un suivi de cette activité est nécessaire	7	2	0	0
10.Globalement, cette activité me laisse satisfait	5	3	0	0

Les répondants ont formulés quelques commentaires sur ce qu'ils ont le plus retenu suite à cette formation : La gravité des sevrage, la surcharge de travail, l'orientation adéquate pour les clients, l'importance d'évaluer un sevrage, une meilleure utilisation des agents de liaison, le retour sur les médicaments et leur demi-vie afin de prévenir les sevrages sévères. Ces commentaires nous permettent de comprendre les enjeux reliés à l'intégration de cette nouvelle pratique d'évaluation : Acquérir de nouvelles connaissances en regard du processus de sevrage et l'ajout d'une tâche qui pour certains était perçue, au moment de la formation, comme une surcharge de travail.

DIMENSION 5 : Niveau de conformité des évaluations aux critères de l'A.S.A.M.

Pour évaluer le niveau de conformité des résultats d'évaluation aux critères de l'A.S.A.M., le coordonnateur des services professionnels de Domrémy, responsable de l'élaboration du présent programme et de la formation de la coordonnatrice et des évaluateurs, a procédé à l'aveugle, à la validation du niveau de soins requis de 30 protocoles d'évaluation sélectionnés de façon aléatoire, soit 10 % de l'ensemble des évaluations réalisées en cours d'année. Pour l'ensemble de ces protocoles, nous avons obtenu un niveau de fidélité inter-juge de 93 %. Pour deux évaluations qui avaient été évaluées initialement comme étant des niveaux 3.7, elles ont été considérées de niveau 4 lors de la deuxième évaluation. Globalement, nous considérons donc que la fidélité inter-juge est de bonne valeur et que l'ensemble des évaluations ont été évaluées conformément aux critères de l'A.S.A.M.

CONCLUSION

D'entrée de jeu, nous devons préciser que l'ensemble du projet a été initialement planifié pour répondre à un achalandage estimé à 800 évaluations par année. Cette estimation produite par le MESS reposait sur l'analyse des prestations spéciales *transport et frais de séjour* accordées dans la région au cours des années 2003 à 2006. Il avait été estimé que 73 % de ces prestations correspondraient à des prestations accordées pour des motifs reliés à des problématiques de toxicomanie. Dans les faits, seulement 291 évaluations ont été produites au cours de la première année du projet. Il existe donc un écart important entre l'estimation de l'achalandage du programme et le nombre de prestataires qui ont formulé une demande d'évaluation. Cet écart nécessitera certainement une réflexion pour tenter d'établir dans quelle mesure l'achalandage estimé a été surévalué ou si la mise en place du projet a eu pour impact de réduire de façon considérable les demandes de prestations spéciales *transport et frais de séjour* en lien avec des besoins de désintoxication.

Quant aux prestataires qui ont eu recours au programme au cours de sa première année d'existence, retenons en synthèse qu'ils présentaient des problèmes de consommation marqués nécessitant pour la plus part des services avec hébergement selon les critères de l'A.S.A.M. La grande majorité d'entre eux avaient des attentes précises face à l'endroit où ils souhaitaient obtenir ce traitement. Ils ont été accueillis en évaluation dans un délai moyen de 2,9 jours et la mise à profit des organismes certifiés dans le processus d'évaluation a largement contribué à ce court délai. La grande majorité des prestataires évalués se sont dit très satisfaits de l'entrevue d'évaluation et de la recommandation d'orientation suite à l'évaluation. Une proportion importante des prestataires (46 %) se sont totalement conformés à la recommandation alors qu'une proportion non négligeable (40 %) ont partiellement suivi celle-ci en quittant prématurément le traitement qu'ils avaient débuté ou en optant pour un niveau de soins inférieur, souvent plus rapidement accessible. Finalement, 14% des prestataires n'ont donné aucune suite à la recommandation de leur évaluation, et ce malgré la présence d'une problématique en dépendance et la possibilité d'obtenir une prestation spéciale pour transport et frais de séjour. Quelques prestataires ont fait part d'améliorations souhaitées au plan de la réduction des délais d'accès et de la connaissance des évaluateurs en regard des différentes options de traitement et programmes offerts dans la région.

Les évaluateurs et la coordonnatrice du programme considèrent pour leur part le P.E.B.H. comme un bon programme qui a eu un impact positif sur la qualité et la précision des évaluations et des orientations formulées auprès de cette clientèle. Ils considèrent aussi que le P.E.B.H. a favorisé une plus grande interdisciplinarité au sein des équipes d'intervenants et une meilleure collaboration entres les organismes impliqués. Ils soulignent certaines limites associées au protocole d'évaluation qui ne peut à lui seul évaluer l'ensemble des besoins des prestataires, dont ceux reliés aux problématiques fréquentes en santé mentale. De plus, ils soulignent que ce programme confronte les évaluateurs à la présence d'attentes chez les prestataires qui vont bien au-delà du processus d'évaluation comme tel. Plusieurs ont des questions face au processus d'attribution des prestations spéciales, face aux coûts reliés aux différents programmes de traitement offerts et face aux contenus de programmation des différents organismes

certifiés. L'orientation des prestataires face à l'ensemble de leurs questionnements rend la tâche complexe et exigeante pour les évaluateurs qui souhaitent bien répondre aux attentes de prestataires souvent mal en point et en besoin de support.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de l'évaluation du P.E.B.H. présentent certaines limites. Par exemple, bien qu'ils aient réalisés 40 % des évaluations, nous avons rejoint lors du focus group 5 évaluateurs sur les 10 qui avaient été ciblés parmi les 30 évaluateurs au total, limitant ainsi la variété des points de vue exprimés. Au niveau de l'évaluation de la satisfaction chez les prestataires, elle a été réalisée à partir d'un questionnaire qui s'inspire des questionnaires d'évaluation de la satisfaction validés, sans toute fois avoir fait l'objet d'une validation. De plus, celui-ci a été complété à la fin de l'entrevue, en présence de l'évaluateur. Cette façon de faire crée habituellement un biais vers des niveaux de satisfaction supérieurs.

Au plan de l'évaluation de l'impact du programme, elle se limite au point de vue subjectif d'un nombre restreint d'évaluateurs et à un suivi post-évaluation qui portait uniquement sur les suites données par les prestataires à la recommandation de l'évaluation. Une telle évaluation ne permet pas de cerner l'impact du programme ou des trajectoires empruntées (conformité totale vs partielle vs nulle à la recommandation) par les prestataires sur leur problématique de consommation. Des études de plus grande envergure permettrait une telle évaluation.

À la lumière de l'ensemble de ces commentaires recueillis, la présente évaluation permet tout de même de cibler trois grandes pistes d'amélioration :

- ✓ Le niveau de connaissance du P.E.B.H., des règles d'attribution des prestations spéciales *transport et frais de séjour*, des coûts directs et parallèles associés aux différents programmes et services et des modalités de fonctionnement et de programmation offerts dans les différents organismes devrait être amélioré, tant auprès des évaluateurs, de la coordonnatrice que des agents du MESS. Cette amélioration permettrait de mieux répondre aux attentes des prestataires et de mieux soutenir le processus d'orientation de ces derniers en traitement.
- ✓ La réponse aux besoins de niveau 3.7 et 4 selon les critères de l'A.S.A.M. pose un défi particulier. Près de 20% des prestataires présentent une condition biopsychosociale qui requière un suivi nursing ou médical pour assurer un traitement sécuritaire de leur condition. Parmi ces derniers, quatre prestataires sur cinq ne se conforment pas ou partiellement à cette orientation, soit parce qu'ils n'ont pas accès à ces services, parce que les délais sont jugés trop long ou encore parce que les organismes de niveau 3.1 à 3.5 admettent ces personnes en traitement, sans exiger qu'elles aient été stabilisées de façon sécuritaire au préalable. Nous recommandons que les comités clinique, opérationnel et stratégique se penchent sur cette question pour identifier des stratégies visant l'émergence de solutions adaptées à ce type de besoins chez la clientèle.
- ✓ Pour terminer, les taux d'abandon du traitement au cours des trente jours suivant l'évaluation sont suffisamment importants pour considérer l'implantation de mécanismes éprouvés visant la rétention de la clientèle en traitement. Nous recommandons que les évaluateurs et organismes concernés intègrent ces mécanismes à leur pratique.

Annexe 1

NiD-EM & NiD-EP
(voir version papier)

Annexe 2

MISE À JOUR NiD-ÉP

1.Numéro de dossier:

2.Site d'évaluation:

- ○ DMCQ Drummondville
- ○ DMCQ Gentilly
- ○ DMCQ LaTuque
- ○ DMCQ Louiseville
- ○ DMCQ Nicolet
- ○ DMCQ St-Tite
- ○ Pav.assuétude Shawi
- ○ Pav. assuétude DR
- ○ DMCQ Ste-Geneviève
- ○ DMCQ Shawinigan
- ○ DMCQ Trois-Rivières
- ○ DMCQ Victoriaville
- ○ DMCQ Plessisville
- ○ Maison Carignan

3.Nom & prénom:_____

4.Sexe: ○ **Homme** ○ **Femme** **5.Age:**

Numéro de code de l'interviewer:

6.1 Date de l'entrevue de mise à jour (mm/jj/aaaa): / /

6.2 Date de l'évaluation NiD-ÉP initiale (mm/jj/aaaa): / /

SIGNES VITAUX

7.Signes vitaux pris à:

(23 heures 59 minutes)

8.Pression artérielle / (systolique / diastolique)

9.Température . °C

10.Pulsation

11.ALCOOL CONSOMMÉE dans les derniers 14

Quantité consommée:

Encerclez les jours où il y a eu consommation

Jour 1 **Jour 2** **Jour 3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12** **13** **14**

24hres **48 hres** **72 hres** **lors d'un jour type**

Unités standars de consommation

Si au cours des 14 derniers jours, + de 7 cons./jour au moins 4 jours/7

CIWA-Ar

	Date dernière consommation mois / jour	**Nbre jours consom. 14 dern.**	**Rythme de consommation** Encercler les jours type ou cocher la case appropriée	**Quantité lors d'un jour - type**	**Mode adm**
12.Benzodiazép.	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		
Nom & dose (mg):_____					
13.Opiacés	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		
○ Rechute après plus de 6 jours d'abstinence					
Nom & dose (mg):_____					
14.Cocaïne	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		
15.Cannabis	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		
16.Hallucinog.	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		
17.Amphétam.	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		
18.Inhalants	/		**L Ma Me J V S D** ☐ Cons.début de mois ☐ Cons.irrégulière		

Mode d'administration: 1=oral, 2=nasal, 3=fumé, 4=injecté (non IV), 5=injecté (IV), 6=autres

Annexe 2

19.Nouvelle médication depuis l'évaluation

 # dossier

○ Rien à signaler

Nom:	Posologie:	Depuis:	Respectée?

20.Changements au plan de la condition médicale depuis l'évaluation initiale

○ Rien à signaler

21. ○ Vu(e) par un médecin depuis l'évaluation initiale - Nom: _____ Date:: _____

22. ○ Hospitalisé depuis l'évaluation initiale Lieu:: _____ Durée:: _____

23.Changements au plan de l'état psychologique depuis l'évaluation initiale (signes & symptômes, idéations suicidaires, facteurs de dangerosité, stresseurs, etc.)

○ Rien à signaler

24.Changements au plan de la motivation, de la qualité du support et des risques de rechute depuis l'évaluation initiale

○ Rien à signaler

25.Changements au plan des facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage depuis l'évaluation initiale

○ Rien à signaler

26.Orientation

○ Contact avec l'infirmière de Domrémy MCQ Date et heure: _____

27.Niveau d'encadrement établi par l'infirmière coordonnatrice

○ Niveau 1 ou moins

○ Niveau 2

○ Niveau 3.1 à 3.5

○ Niveau 3.7

○ Niveau 4

Évaluateur: _____ Date: _____

Annexe 3

4 j uillet 2007

DEMANDE D'ÉVALUATION

No. dossier

No. de l'intervenant

Date de la demande d'évaluation: ___ / ___ / ___
mois jour année

Spécification du centre

Téléphone

1. Quels produits consommez-vous actuellement ou pour quels produits consultez-vous?

Alcool	○ oui	○ non	Hallucinogènes (LSD, acide, mesc, PCP)	○ oui	○ non
Cocaine	○ oui	○ non	Amphétamines (speed, crystale)	○ oui	○ non
Héroine	○ oui	○ non	Médicaments (somnifères, tranquilisants)	○ oui	○ non
Cannabis (pot, hash)	○ oui	○ non	Autre (spécifiez): _____	○ oui	○ non

2. Êtes-vous résident au Québec? ○ oui ○ non

3. No. carte assurance-maladie:

4. Date d'expiration (mois, année): ___ / ___

5. Référé par:

nom

organisme

téléphone

6. Nom (spécifié sur la carte d'ass. maladie)

Prénom:

7. Sexe: ○ homme ○ femme

8. Date de naissance: (mois/jour/année) ___ / ___ / ___

9. Age:

10. Téléphone résidence: Pouvons laisser message O oui O non

( ) - -

Téléphone actuel: Pouvons laisser message O oui O non

( ) - -

Téléphone au travail: Pouvons laisser message O oui O non

( ) - -

Résidence actuelle: _____

11. No. Civique: Rue: Apt.:

Ville: Code postal: Région:

12. Etes-vous actuellement en: ○ N/A ○ désintoxe ○ CH ○ détention

13. Votre demande d'aide a-t-elle été imposée ou suggérée? (1 choix)

○ N/A ○ Famille ○ employeur (PAE) ○ justice ○ CJ ○ École ○ CLSC ○ CH ○ médecin
○ Org.com/entraide ○ autre (voir 5.) ○ externe DMCQ

14. Avez-vous déjà consulté à notre centre?
○ oui ○ non Si oui, spécifiez quand: Interne _____ Externe _____
n= _____

15. Critères de priorisation:
- ○ enceinte
- ○ monoparental (<6ans)
- ○ risque sevrage
- ○ risque suicidaire

Âge < 18 ans (voir 9)

ORIENTATION:
- ○ reporté/référé
- ○ orienté à l'accueil
- ○ évaluation
- ○ admission

Date de la 1ère disponibilité pour l'évaluation ___ / ___ / ___
mois jour année

si différent

Date EFFECTIVE de l'évaluation ___ / ___ / ___
mois jour année

☐ Passé dans SICAT

Avec (nom de l'évaluateur)

Endroit du rendez-vous

(verso)

Annexe 3

NATURE ET URGENCE DE LA DEMANDE

_____

_____

- ○ *Idées suicidaires*
- ○ Intoxiqué
- ○ Recherche d'hébergement
- ○ Risque de prise ou de perte de contrôle
- ○ Démarches antérieures, endroits : _____

_____

_____

Critères de risque de sevrage important

- ○ **Consommation d'alcool : 7 cons.- 4jrs/7 *OU***
- ○ **Consommation de benzo**.

ET

- ○ **Difficultés de sevrage antérieures *OU***
- ○ **Signes/symptômes de sevrage présents *OU***
- ○ **Problèmes de santé actuels**

Consommations :

_____

_____

Éléments déclencheurs de la demande :

_____

_____

_____

Attentes du client :

_____

_____

Impressions du clinicien lors de la demande de services :

_____

_____

_____

Signature : _____

Observations lors du groupe accueil : _____

_____

_____

_____

_____

○ Risque de prise ou de perte de contrôle

Signature : _____

Orientations suite à l'accueil :

○ Évaluation santé avec : _____ Date et heure : _____

○ Évaluation IGT avec : _____Date et heure : _____

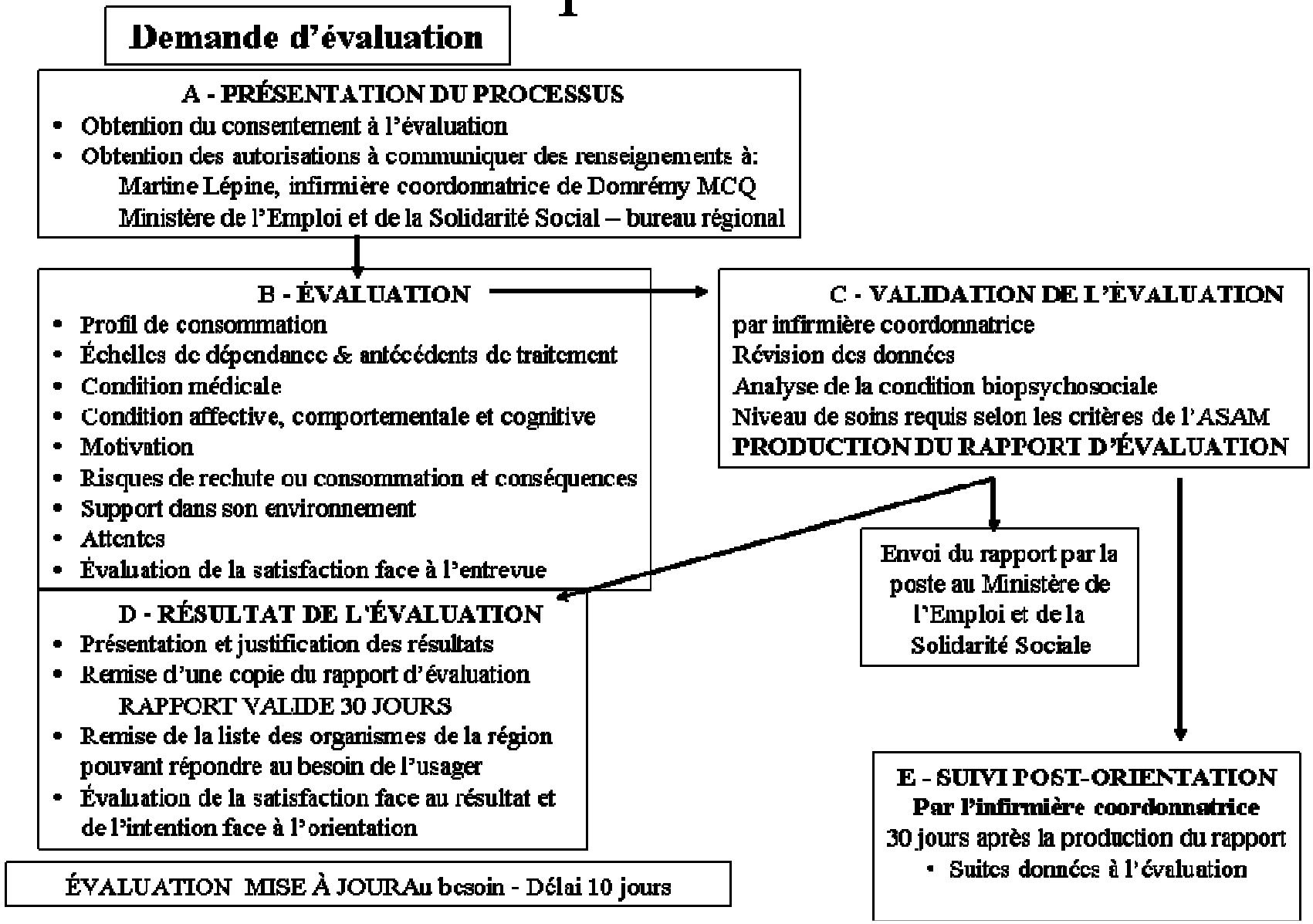
○ Évaluation médicale avec : _____ Date et heure : _____

○ Évaluation pour collatéraux avec : _____Date et heure : _____

Guylaine/Originaux/demande de services (SICAT)/gg

Annexe 4

Présentation du processus d'évaluation


Demande d'évaluation
A - PRÉSENTATION DU PROCESSUS
• Obtention du consentement à l'évaluation
• Obtention des autorisations à communiquer des renseignements à:
Martine Lépine, infirmière coordonnatrice de Domrémy MCQ
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Social – bureau régional
B - ÉVALUATION
• Profil de consommation
• Échelles de dépendance & antécédents de traitement
• Condition médicale
• Condition affective, comportementale et cognitive
• Motivation
• Risques de rechute ou consommation et conséquences
• Support dans son environnement
• Attentes
• Évaluation de la satisfaction face à l'entrevue
C - VALIDATION DE L'ÉVALUATION
par infirmière coordonnatrice
Révision des données
Analyse de la condition biopsychosociale
Niveau de soins requis selon les critères de l'ASAM
PRODUCTION DU RAPPORT D'ÉVALUATION
Envoi du rapport par la poste au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale
D - RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION
• Présentation et justification des résultats
• Remise d'une copie du rapport d'évaluation
RAPPORT VALIDE 30 JOURS
• Remise de la liste des organismes de la région pouvant répondre au besoin de l'usager
• Évaluation de la satisfaction face au résultat et de l'intention face à l'orientation
ÉVALUATION MISE À JOURAu besoin - Délai 10 jours
E - SUIVI POST-ORIENTATION
Par l'infirmière coordonnatrice
30 jours après la production du rapport
• Suites données à l'évaluation

Annexe 5

Questionnaire de satisfaction sur l'entrevue d'évaluation No.dossier :_____

Les prochaines questions porteront sur votre degré de satisfaction face à l'entrevue d'évaluation que vous venez de faire. Il s'agit d'encercler votre appréciation à l'aide des choix de réponses qui vous sont présentés. Vos réponses seront versées à votre dossier mais n'affecteront pas le résultat de votre évaluation qui est maintenant terminée.

1. J'ai eu accès rapidement à cette entrevue d'évaluation

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

2. J'ai eu le sentiment que l'intervenant prenait le temps nécessaire pour s'occuper de moi

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

3. J'ai eu le sentiment que l'intervenant rencontré m'écoutait attentivement et me prenait au sérieux

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

4. J'ai eu le sentiment que l'intervenant rencontré était compétent

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

5. J'ai eu le sentiment que l'intervenant me parlait dans des mots que je pouvais comprendre

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

6. J'ai eu le sentiment que l'intervenant comprenait bien mes besoins

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

7. J'ai eu le sentiment que je pouvais faire confiance à l'intervenant

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

8. Je recommanderais cet évaluateur à quelqu'un d'autre

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

9. Je suis satisfait (e) de l'entrevue d'évaluation

1. Tout à fait en désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord

10. De votre point de vue, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans l'entrevue à laquelle vous venez de participer ?

_____

_____

Merci beaucoup pour ces quelques minutes !

Je consens à ce que mes réponses aux 10 questions précédentes soient utilisées, sans aucune donnée nominative, à des fins de recherche pour valider le présent questionnaire de satisfaction.

_____ _____

Signature *Date*

Annexe 6

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

Programme d'évaluation du besoin d'hébergement en regard d'une problématique de consommation

CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION

Je confirme que :

1. L'évaluateur(trice) m'a clairement expliqué les objectifs de cette évaluation, la façon de procéder pour répondre et les suites possibles de cette démarche.

2. L'évaluateur(trice) m'a informé qu'il transmet les informations recueillies concernant mon besoin d'hébergement à l'infirmière coordonnatrice du programme d'évaluation au centre de réadaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec pour fin de validation. Une fois l'évaluation validée, son résultat me sera transmis et acheminé au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale, tel qu'une autorisation le permet. De plus, l'infirmière coordonnatrice assurera un suivi auprès de moi dans le mois suivant mon évaluation pour recueillir mes commentaires en regard du programme.

3. L'évaluateur(trice) m'a indiqué que ni lui ni la coordonnatrice du programme d'évaluation ne prend de décision concernant le remboursement des frais de transport et de séjour pour la clientèle hébergée par des organismes privés ou communautaires intervenants en toxicomanie. Cette responsabilité relève du ministère de l'emploi et de la solidarité sociale

.

et je consens à l'évaluation dans ces conditions.

_____ _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE ÉVALUÉE DATE

_____ _____

SIGNATURE DE L'ÉVALUATEUR DATE

Annexe 7

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU PATHOLOGIQUE

Programme d'évaluation du besoin d'hébergement en regard d'une problématique de consommation

RAPPORT D'ÉVALUATION

Prénom et nom
Date de naissance
Adresse
ND Emploi & Solidarité Sociale

OBJET : Évaluation du besoin d'hébergement en regard d'une problématique de consommation d'alcool et/ou de drogues

Monsieur/madame……. a formulé une demande d'évaluation le ……..(date). Une évaluation a été complétée le…….. (date) afin d'établir le besoin d'hébergement de monsieur/madame en regard du traitement de sa problématique actuelle de consommation d'alcool et/ou de drogues.

Selon le protocole d'évaluation établi, l'évaluation révèle la présence de facteurs associés à une problématique de consommation qui requièrent actuellement, pour son traitement, des services :

- ✓ **Externes *ou***
- ✓ **Avec hébergement**

La personne évaluée a donc été orientée :

- ✓ **vers une ressource de son choix offrant des services externes *ou***
- ✓ **vers une ressource certifiée de son choix offrant des services avec hébergement *ou***
- ✓ **vers les services d'hébergement de Domrémy MCQ dans un premier temps, pour assurer le monitoring de sa condition médicale par du personnel de santé, et poursuivra par la suite sa démarche auprès d'une ressource certifiée de son choix, offrant des services avec hébergement *ou***
- ✓ **vers le centre hospitalier de son choix dans un premier temps et poursuivra par la suite sa démarche auprès d'une ressource certifiée de son choix, offrant des services avec hébergement**

La présente évaluation a été réalisée par : _____

et validée par : _____, infirmière #permis.

No.de validation : _____

La personne doit être admise dans un organisme privé ou communautaire certifié par le ministère de la santé et des services sociaux et oeuvrant en toxicomanie dans les 30 jours suivant la date du présent rapport pour pouvoir obtenir un remboursement de frais de séjour. Au-delà de cette période, une nouvelle évaluation confirmant le besoin d'hébergement devra être obtenue au préalable.

Évaluation de la satisfaction suite à la présentation des résultats et de la recommandation

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de notre recommandation ?

( ) Très satisfait ( ) Assez satisfait ( ) Très peu satisfait ( ) Pas du tout satisfait

Quelle est votre intention face à notre recommandation ?

( ) Suivre la recommandation → Si oui, à quel endroit?_____
( ) Ne pas suivre la recommandation

Annexe 9

Protocole de formation es évaluateurs : Programme d'évaluation du besoin d'hébergement (PEBH) en regard d'une problématique de consommation - Projet MESS

(voir version papier)

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

Compilation
Période du 01 août 2008 au 31 août 2008

Nombre de rapports produits par lieu de résidence (Territoire des RLS)

	Arthabaska de l'Érable	Bécancour Nicolet Yamaska	Centre-de la Mauricie	Drummond	Haut Saint-Maurice	Maskinongé	Trois-Rivières	Vallée de la Batiscan
Nombre de rapports			3	3		1	6	

Résultat des évaluations et intention par organisme évaluateur

		Domrémy MCQ	Maison Carignan	Pavillon Assuétude					
Résultat	Niveau 1 ou moins								
	Niveau 2								
	Niveau 3.1 à 3.5	4	1	4					
	Niveau 3.7	1	1	2					
	Niveau 4								
Intention face au résultat	Ne pas suivre l'orientation			1					
	Suivre l'orientation	5	2	5					
Délai d'accès moyen (jours) à l'évaluation	Niveau 1 ou moins								
	Niveau 2								
	Niveau 3.1 à 3.5	5,25	0	2					
	Niveau 3.7	1	0	2,5					
	Niveau 4								

Annexe 11

Grille d'entrevue - focus group auprès des évaluateurs du P.E.B.H.

Que pensez-vous de ce programme?
■Points forts
■Limites

Quelle est votre perception de la réaction des usagers face à ce programme?
■Qu'est-ce qu'ils apprécient?
■Qu'est-ce qu'ils aiment moins?

Quels changements ce programme a-t-il amené de votre point de vue?
■Quels sont les impacts de ce programme?
■Qu'est-ce que ce programme a changé dans votre façon de travailler avec la clientèle?
■Qu'est-ce que ce programme a changé dans votre façon de travailler avec les partenaires?
■Quel impact ce programme a eu sur
- ■les références ?
- ■sur l'accessibilité?
- ■sur la Rapidité?

Comparativement à la façon de faire avant l'implantation du programme, comment percevez-vous l'accessibilité aux services offerts aux usagers?
■L'accessibilité est-elle maintenue?
■Avez-vous l'impression de mieux répondre aux besoins des usagers?
■Quelle est votre impression de la satisfaction des usagers?

Que pensez-vous de la façon dont le programme a été implanté?

Personnellement, qu'appréciez-vous le plus dans ce programme?

Comment pourrait-on l'améliorer?
- ■Pour les usagers
- ■Pour les évaluateurs

Que pensez-vous du processus de validation auprès de l'infirmière?

Que pensez-vous de la formation que vous avez reçue?

Que pensez-vous de la supervision reçue en cours de projet?

Que pensez-vous de la coordination du programme
■Les réunions ont-elles été utiles?

Présentation de l'analyse descriptive du profil des usagers et des processus du programme durant la première année

Avez-vous d'autres commentaires ou observations que vous souhaiteriez formuler ?

Annexe 12

Formulaire d'évaluation de la formation
Programme d'évaluation du besoin d'Hébergement (PEBH)
Avec Jean-Marc Ménard & Lise St-Louis
Mardi 11 septembre et mercredi 12 septembre 2007

	Très bas	**Bas**	**Moyen**	**Élevé**
A. Niveau de connaissances avant la session	☐	☐	☐	☐
B. Niveau de motivation à participer à cette session	☐	☐	☐	☐
C. Niveau de connaissances après la session	☐	☐	☐	☐

	Totalement d'accord	**En accord**	**En désaccord**	**Totalement en désaccord**
1. Les objectifs ont été atteints.	☐	☐	☐	☐
2. Le contenu est pertinent.	☐	☐	☐	☐
3. J'ai acquis de nouvelles connaissances.	☐	☐	☐	☐
4. Connaissances utiles dans mon travail.	☐	☐	☐	☐
5. La documentation est appropriée.	☐	☐	☐	☐
6. L'animation est structurée et dynamique.	☐	☐	☐	☐
7. L'approche utilisée a suscité ma participation.	☐	☐	☐	☐
8. L'organisation technique est satisfaisante.	☐	☐	☐	☐
9. Un suivi de cette activité est nécessaire	☐	☐	☐	☐
10.Globalement, cette activité me laisse satisfait	☐	☐	☐	☐

Qu'est-ce que je retiens le plus de cette formation (réflexion, notion, idée, etc...) ?

_____

_____

_____

_____

Quels sont les points forts de cette session :

_____

_____

Quels sont les points à améliorer :

_____

_____

Merci de votre collaboration.

Références

Krueger, R.A. (1994) Focus groups : A practical guide for applied research (2e ed.). Thousand Oaks: Sage, 255p.

Krueger, R.A. (1998) Analyzing and reporting focus group results. Thousand Oaks: Sage.

Magura S, Staines G, Kosanke N, Rosenblum A, Foote J, DeLuca A, Bali P.(2003) Predictive validity of the ASAM patient placement criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. American Journal of Addiction. 12:386–97.

Mee-Lee, D., Shulman, G.D., Fishman, M., Gastfriend, D.R. & Griffith, J.H. eds. (2001). ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, inc.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2005) La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire - de 1981 à 2026. La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Morgan, D.L. (1997) Focus groups as qualitative research, Sage, Thousand Oaks.

Rouillard, P., Tremblay, J. (2005) NiD-EP - Niveau de désintoxication : Évaluation pour les intervenants psychosociaux - Manuel d'utilisation . Services de recherche CRUV/ALTO

Rouillard, P., Trembaly, J., Boivin, M.D. (1999) NiD-EM: Niveau de désintoxication - Évaluation par les intervenants médicaux - Manuel d'utilisation pour les versions longues et abrégées. Version 2.0

Sharon, E., Krebs, C., Turner, W., Desai, N., Binus, G., Penk, W. and Gastfriend, D.R.(2004). Predictive Validity of the ASAM Patient Placement Criteria for Hospital Utilization. Journal of Addictive Diseases,22:4,79 - 93

Tremblay, J., Rouillard, P., Sirois, M. (2004) Manuel d'utilisation DEBA - A/D - Dépistage/Évaluation du besoin d'aide Alcool/Drogues - version 1.7h Service de recherche CRUV/ALTO